

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

PROBLEME DER NACHBEHANDLUNG ENDOGENER PSYCHOSEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Christian Klawe
aus Regensburg

1980 # 163

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

PROBLEME DER NACHBEHANDLUNG ENDOGENER PSYCHOSEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Christian Klawe
aus Regensburg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Professor Dr. W. Kersten

Referent: Privatdozent Dr. R. Baer

Korreferent: Professor Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 17.03.1980

PROBLEME DER NACHBEHANDLUNG ENDOGENER PSYCHOSEN

Seite

I.	Problematik und Fragestellung	1
II.	Probleme der Nachbehandlung endogener Psychosen in der neueren Literatur	3
	1. Einfluß krankheitsspezifischer Faktoren psychotischer Patienten und pharmakoty- pischer Probleme auf den Erfolg der am- bulanten Nachsorge	5
	2. Krankheitsspezifische Daten und Verhal- tensweisen psychotischer Patienten und ihre Auswirkungen auf die sozialen Be- ziehungen und den Rehabilitationserfolg	16
III.	Eigene Beobachtungen	26
	1. Gewinnung der Stichprobe	26
	2. Methodik der Befragung und Auswertung	28
	3. Ergebnisse	32
	a) der Verlauf der medizinischen Weiter- behandlung	32
	b) das Verhältnis des Patienten zum wei- terbehandelnden Arzt aus der Sicht des Patienten	57
	c) soziale Schwierigkeiten seit der Ent- lassung	64
IV.	Diskussion der Ergebnisse	80
V.	Zusammenfassung	87
VI.	Literaturverzeichnis	90



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546209_0039

I. Problematik und Fragestellung

Mit dem Einzug der modernen Psychopharmaka in die Medizin Anfang der fünfziger Jahre ist eine lange Epoche der klassischen Psychiatrie zu Ende gegangen. Die psychiatrische Therapie tat einen gewaltigen Sprung nach vorne, konnten doch zum ersten Male seelische und geistige Störungen der beiden großen endogenen Krankheitsgruppen, der Schizophrenien und der Zykllothymien, wirkungsvoll und zugleich relativ risikolos behandelt werden. Wenn auch eine kausale Therapie noch nicht möglich wurde, so ließ sich doch die Intensität des psychotischen Leidens bis zum Verschwinden der produktiven Symptome mildern und die Dauer eines schizophrenen Schubes oder die Tiefe einer Depression lindern. Dieser zweite therapeutische Effekt trug wesentlich dazu bei, die Verweildauer der Patienten in der Klinik auf wenige Monate zu beschränken. Betrug 1930 noch die Aufenthaltsdauer in der Klinik durchschnittlich vier Jahre, so waren es 1960 nur mehr noch vier Monate (MEYER, SIMON, STILLE, 1964). Die Zahl der Patienten, die außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser lebte, wuchs, dank der neuen Pharmakotherapie, ständig. 1960 lebten schon über 90 % der an Schizophrenie erkrankten Patienten "unter uns" (HAASE 1966). Der Prozentsatz der zykllothymen Patienten außerhalb der Krankenanstalten dürfte damals schon fast 100 % betragen haben. Das psychiatrische Krankenhaus hatte den Charakter der hochummauerten "Dauerbewahranstalt" verloren, es schickte seine Patienten nach mehrwöchiger erfolgreicher Therapie hinaus in die Umwelt.

Die riesige Erwartung jedoch, mit der neuen Pharmakotherapie den Schlüssel für eine dauerhafte soziale Rehabilitation gefunden zu haben, wurde nicht erfüllt. Waren die erfolgreich beherrschten Psychosen und die kurzen

Klinikaufenthalte günstige Voraussetzungen für eine aussichtsreiche Wiedereingliederung, so stieg trotzdem die Zahl der Wiederaufnahmen mit der Zahl der Entlassungen an. Es entstand das Phänomen der "Drehtürpsychiatrie", ein Problem, das bis heute noch nicht gelöst ist und den Therapieerfolg der Klinik letzten Endes in Frage stellt: Als "gesund" entlassene Patienten erleiden einige Wochen, manchmal sogar Tage nach Ihrer Klinikentlassung einen Rückfall in ihre Psychose und müssen nun erneut stationär aufgenommen werden. Nicht wenige, als "unbedenklich" entlassen, scheiden plötzlich durch Suizid aus dem Leben. Andere, mit guter beruflicher Ausildung, gleiten sozial ab, geraten in große Not und flüchten sich schließlich, nach vergeblichen Versuchen einer sozialen Stabilisierung, in die Klinik.

Mit dieser Problematik des Scheiterns der Wiedereingliederung entlassener Patienten setzt sich unsere Studie auseinander. Wir fragen nach den Ursachen dieses Scheiterns. Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die ambulante ärztliche Weiterbetreuung, wie wirken sich familiäre und berufliche Schwierigkeiten auf die Rehabilitation aus, ja welche Risikofaktoren liegen in der Grundkrankheit selbst oder eventuell in der medikamentösen Therapie, die zu einer Gefährdung des Rehabilitationserfolges führen können?

In der vorliegenden Studie soll mittels einer literarischen Betrachtung und eigener Beobachtungen versucht werden, diese oben genannten Schwierigkeiten und Mängel in der ambulanten Nachbetreuungsphase aufzudecken.

Wie aktuell die Problematik ist, zeigt, daß vier Patienten unseres einbestellten Kollektivs, die sich 1974 und 1975 in stationärer Behandlung befanden, durch Suizid aus dem Leben geschieden sind.

II. Probleme der Nachbehandlung bei endogenen Psychosen in der neueren Literatur

Die Rehabilitation geistig und psychisch kranker Menschen ist eigentlich eine noch relativ junge Aufgabe unserer Zeit, die erst in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik eine spürbare Aufwärtsentwicklung erlebte.

Wenn auch die Wurzeln sozialpsychiatrischer Ansätze in die vergangenen Jahrhunderte zurückreichen, so schenkte man bis vor wenigen Jahrzehnten den psychischen und sozialen Problemen gesellschaftlicher Randgruppen keine genügende Aufmerksamkeit. Für geistig-psychisch kranke Menschen schien in den psychiatrischen Krankenanstalten genügend gesorgt zu sein.

Strotzka (1972) stellt dazu fest, daß bis vor kurzem in Deutschland fast alles fehlte, was als Voraussetzung für eine sinnvolle sozialpsychiatrische Arbeit notwendig wäre. Er bemängelt das Fehlen sozialpsychiatrischer Lehrstühle und Forschungsstätten, wie sie etwa in einigen Universitäten des Auslandes, z. B. der Vereinigten Staaten, der Niederlande oder in Schweden seit langem bestehen, weiterhin vor allem eine entsprechende Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Aspekte in der Ausbildung des Arztes und der anderen Gesundheitsberufe. Trotz vieler erfolgversprechender Abhilfen auf diesem Gebiete in den letzten Jahren sieht Strotzka eine rapide zunehmende Zahl schwieriger sozialpsychiatrischer Probleme, die diese bescheidene hoffnungsvolle Entwicklung überrollen.

Und in der Tat scheinen der sprunghaft ansteigende Drogen- und Alkoholkonsum, die ständig wachsende Jugend- und Erwachsenenkriminalität und das - bis heute ungelöste - Problem der "Drehtürpsychiatrie" die bescheidenen sozial-

psychiatrischen Ansätze in der Betreuung psychisch kranker Menschen zu überrollen.

Im Rahmen der hier gestellten Thematik wollen wir uns mit den Ursachen des letztgenannten Punktes, der "Drehtürpsychiatrie", beschäftigen und diese Problematik hauptsächlich unter zwei Gesichtspunkten in der Literatur beleuchten:

1. Stellen wir uns die Frage, inwieweit krankheitsspezifische und pharmakotypische Aspekte die Durchführung der Pharmakotherapie bei endogenen Psychosen beeinflussen, insbesondere in welchem Ausmaße dadurch die Phase der medikamentösen Nachbehandlung gefährdet wird und
2. inwieweit krankheitsspezifische Daten und Verhaltensweisen in das Feld der sozialen Beziehungen hineinwirken und den Rehabilitationserfolg beeinflussen.

Zuvor aber sei noch an Hand einer Graphik die Bedeutung des "Phänomens der Drehtürpsychiatrie" veranschaulicht. Sie zeigt eindrucksvoll die hohe Prozentzahl der Wiederaufnahmen klinikentlassener psychiatrischer Patienten und geht auf die statistischen Ermittlungen von MÜLLER, SCHEUERLE und BARTELT zurück, die nachweisen konnten, daß die Wiederaufnahmen Schizophrener im Landschaftsverband Rheinland im Vergleich zu den Jahren 1950/51, d. h. vor Einführung der Neuroleptika, 1960/61 um das Dreifache mehr angestiegen waren als die Erstaufnahmen, ferner auf die Untersuchungen von MÜLLER, HAASE, SCHEUERLE und BARTELT bezüglich der Relation der Erst- zu Wiederaufnahmen im Landschaftsverband Rheinland.

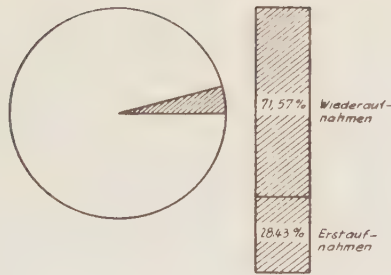


Abb. 1: Schizophrenierate (0,8%) der Bevölkerung der BRD. Weißes Feld: Außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern. Schraffiert: in stationärer Behandlung. Schraffierte Säule: Erst- bzw. Wiederaufnahmen Schizophrener. HAASE (1966), unter Zugrundelegung der statistischen Ermittlungen von H.-W. Müller und G. Scheuerle sowie bezüglich der Relation der Erst- zu Wiederaufnahmen von H.-W. Müller, H. J. Haase, G. Scheuerle und J. Bartelt im Landschaftsverband Rheinland, übertragen auf die Gesamtbettenzahl psychiatrischer Krankenhäuser der BRD. 1960.

1. Inwieweit beeinflussen krankheitsspezifische Faktoren psychotischer Patienten und pharmakotypische Probleme den Erfolg der ambulanten Nachsorge?

Das komplexe Gebiet der ambulanten Nachsorge, in der pharmakologische, psychotherapeutische und sozialrehabilitative Maßnahmen eng ineinandergreifen, beinhaltet eine Reihe von Schwachstellen, die die ganze medizinische und sozialpsychiatrische Arbeit in Frage stellen können.

Eine dieser Schwachstellen, die im Ablauf der Psychose, also beim Kranken selbst liegen, zeigt BAER (1976) in einer Studie auf.

BAER weist auf die Wichtigkeit der Restinsuffizienzsymptome in der Nachbehandlungsphase hin, die ein erhebliches Risiko für das Gelingen der ambulanten Nachbehandlung in sich bergen. Was gemeint ist, stellt er am Bild

des postpsychotischen Insuffizienzsyndroms Schizophrener und der depressiven Restinsuffizienz endogen Depressiver dar:

Bei vielen schizophrenen Patienten folgt nach einer mehrwöchigen neuroleptischen Therapie ein Stadium, das wegen seiner prinzipiellen Rückbildungsfähigkeit nicht mit einem schizophrenen Defektsyndrom verwechselt werden darf. Die Kranken wirken affektiv entleert oder erstarrt, in vielen Fällen auch depressiv. Vom Aspekt her wird dieser Eindruck noch gefördert durch die extrapyramidalen Begleitwirkungen vieler Neuroleptika. Die Kranken sind ohne inneren Schwung, liegen viel im Bett und versuchen, den im Rahmen therapeutischer Programme gegebenen Anregungen auszuweichen. Dabei sind sie im Gespräch und im übrigen Verhalten so geordnet, daß man ihnen, modernen psychiatrischen Betrachtungen folgend, aktiv rät, ihre Außenkontakte wieder anzuknüpfen. In diesem Spannungsfälle zwischen den Anforderungen der familiären und beruflichen Bezugspersonen und der manifesten Insuffizienz des teilremittierten Schizophrenen fällt dem Klinikarzt die wichtige Aufgabe zu, abzuwägen, ob eine sozialpsychiatrisch motivierte, die Rehabilitation fördernde Aktivierung angebracht ist oder eine Schonung des noch allzu labilen Zustandes des Kranken. Die durch die Psychopharmaka möglich gewordene Verkürzung der stationären Behandlungsdauer schiebt aber oft dem weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt diese Rolle zu. Ähnliche Probleme sieht der Autor auch bei protrahiert abklingenden Phasen der zylothymen Depression, bei der gerade die zwischenmenschlichen Bezüge dieser Kranken oft erst über eine Labilitätsphase ihre Gestalt wiedergewinnen. Er weist in diesem Zusammenhang auf die Forderung PETRILOWITSCHS (1969) hin, neben einer optimalen medikamentösen Betreuung zu verhindern, daß ein psychopathologisch ableitbares Insuffizienzerlebnis sich zu einem Insuffizienzbewußtsein als einer Persönlichkeitsfehlhaltung verfestigt.

BAER (1975) konnte diese Vermutung an 30 durchschnittlich ein halbes Jahr nach der Klinikentlassung nachuntersuchten depressiven Patienten belegen. Demnach gaben 15 Patienten an, nach ihrer Entlassung keinerlei unangenehme Erlebnisse gehabt zu haben. 7 Kranke machten Äußerungen, die eine Labilität der interpersonellen Beziehungen erkennen ließen. Sie waren verletzlicher als vor der Erkrankung und spürten eine gewisse vorsichtig-reservierte Haltung ihrer Umgebung. Bei 8 Kranken verlief die Wiedereingliederung ausgesprochen ungünstig. Sie gerieten in eine zwischenmenschliche Isolation. Einige mußten taktlose Bemerkungen über ihre Erkrankung erdulden. In seiner Untersuchung sieht sich BAER durch PETERS und GLÜCK (1972) in seiner Vermutung bestätigt, daß bei diesen komplizierteren Verläufen eine Umorientierung in dem Sinne zu beobachten ist, daß in zunehmenden Maße reale Aufgaben zugunsten ethischer Kategorien an Bedeutung verlieren. Die Kranken bewältigen die Realität noch nicht, sprechen aber mit vorsatzhaften Erklärungen darüber, was man tun sollte. An die Stelle zielgerichteter Handlungen treten Vorstellungen und Pläne. Einer aktiven Auseinandersetzung bei zwischenmenschlichen Konflikten weichen die Kranken aus.

Einen weiteren Beitrag zu diesem Thema finden wir bei C. HARING (1972). Auch für ihn liegt der schwache Punkt der Therapie mit Psychopharmaka im Übergang zwischen der klinischen und ambulanten Behandlung. HARING beobachtete, daß sich häufig die optimalen Ergebnisse der stationären Behandlung außerhalb der Klinik nicht festhalten lassen. Nicht selten seien die entlassenen Patienten im Antrieb gestört und unfähig, für sich selbst zu entscheiden und ihren Lebensrhythmus zu bestimmen. Dabei läßt HARING aber offen, ob dieser Antriebsstörung im Einzelfall ein Defekt zugrunde liegt, oder ob es sich um ein postremissives Erschöpfungssyndrom handelt. In beiden Fällen komme es jedoch zu einer Indifferenz gegenüber der im Klinikaufenthalt bewährten medikamentösen Therapie. HARING sieht dem-

nach in der gewissenhaften Weiterführung der in der Klinik begonnenen Pharmakotherapie einen Schlüssel für das Gelingen der ambulanten Nachsorge, wenn er schreibt: "Die Erhaltung des in der Klinik erreichten therapeutischen Erfolges wird somit zum Kernproblem, um das Drehtürprinzip zu überwinden".

In der gleichen Weise äußert sich TÖLLE (1973) zu der Notwendigkeit einer pharmakologischen Langzeitbehandlung. Er formuliert dieses "Kernproblem" folgendermaßen: "Ob eine Dauertherapie von Erfolg ist, hängt in erster Linie von der konsequenten Einnahme des Neuroleptikums ab, was nicht selten auf Widerstände und Nachlässigkeit von seiten des Patienten und seiner Angehörigen stößt. Ein großer Teil der Wiederaufnahmen in klinische Behandlung ist darauf zurückzuführen, daß die neuroleptische Dauertherapie unregelmäßig durchgeführt wurde oder eigenmächtig beendet worden ist. Das muß berücksichtigt werden, wenn aus den Erfahrungen einzelner Kliniken der Schluß gezogen wird, daß mit der Pharmakotherapie die Wiederaufnahmезiffer gestiegen ist." Auch HAASE (1966) sieht eine enge Verknüpfung zwischen dem Scheitern der ambulanten Nachsorge und der Durchführung der Pharmakotherapie. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Untersuchungen von J. E. MEYER und Mitarbeiter (1964), die statistisch nachweisen konnten, daß ein nennenswerter Prozentsatz der klinischen Frühaufnahmen auf eine unzureichende neuroleptische Nachbehandlung nach stationärer Kompensation der schizophrenen Psychose zurückzuführen ist.

Welches sind nun die Ursachen, die zu einer Gefährdung der ambulanten medikamentösen Therapie führen können?

Einen Grund für das Scheitern der Pharmakotherapie in der Nachsorge vermutet HARING (1972) in einer nicht seltenen Unterdosierung in der Klinik kurz vor der Entlas-

sung der Patienten. So werde zwar die Sicherheit der Kranken durch den Überhang der vorher hochdosierten Therapie bis zum Entlassungstage gewährleistet, später aber nicht mehr. Der niedergelassene Arzt könne in solchen Fällen nicht mehr rechtzeitig eingreifen, da er zunächst, um wieder mit seinem Patienten vertraut zu werden, die von der Klinik reduzierte Dosis übernehmen wird.

HIPPIUS und MEYENDORF (1976) machen zu diesem Thema auf einen weiteren Gesichtspunkt des krankheitstypischen Verhaltens und seines Risikos aufmerksam. So seien Patienten mit depressiven Syndromen schon weniger leicht dazu zu bewegen, ein Antidepressivum einzunehmen, es sei denn, sie haben aus einer vergangenen Krankheitsphase den sehr deutlichen Erfolg des Medikaments bereits kennengelernt. Noch problematischer sei die Durchführung der Therapie mit Neuroleptika bei Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis, bei denen paranoide Syndrome oder Störungen der Affektivität im Vordergrund stehen. Hier bestehe häufig aufgrund der Erkrankung eine starke Abneigung und Ambivalenz einer jeden medikamentösen Therapie gegenüber, weil die Patienten davon überzeugt sind, daß sie überhaupt nicht krank und deshalb Medikamente auch nicht indiziert seien. Die Patienten verweigern einfach die Einnahme der Medikamente oder setzen sie spontan ab. Dies geschehe während der akuten Krankheitsphase, wenn sie von der Notwendigkeit der Therapie nicht überzeugt werden können, oder auch später, wenn schon eine deutliche Besserung eingetreten ist und der Patient nunmehr glaubt, er benötige das Medikament nicht mehr länger.

Einen anderen interessanten Aspekt, warum viele schizophrene Kranke die unerlässliche Dauermedikation abbrechen, beleuchten FRANKE und KITZIG (1966). Sie betonen, daß für viele Patienten die Bindung an Arzt und Medikament immer

wieder Peinlichkeit, Zumutung oder gar Disqualifikation bedeute. Der Besuch des Arztes und des Apothekers sei für sie ein qualvoller Gang zur Unterwerfung, denn diese Instanzen symbolisierten den gefürchteten Persönlichkeitsbankrott.

Auch HARING (1972) formuliert dieses Problem ähnlich:

"Die Patienten wollen das belastende Erlebnis des Krankseins nicht wahrhaben und lehnen deshalb die Medikamente ab, durch die sie täglich daran erinnert werden, daß sie krank sind."

Dennoch sehen FRANKE und KITZIG im Absetzen der Medikamente nicht immer nur Leichtsinns und Ablehnung, sondern sicher auch einen guten Teil, wenn auch mißverständlicher, Rehabilitationsabsicht.

Wenn bisher vorwiegend von krankheitstypischen Problemen die Rede war, so wenden wir uns nun den pharmakotypischen Risiken zu, die die Gefahr des Mißlingens der Pharmakotherapie in sich bergen. Genau so, wie fast jedes wirksame Arzneimittel im therapeutischen Dosierungsbereich objektive und subjektive Beschwerden verursachen kann, weisen Psychopharmaka diese Eigenschaften in einem sehr ausgeprägten Maße auf. Es ist deshalb leicht vorstellbar, daß diese Medikamente durch ihre unangenehmen Eigen- und Nebenwirkungen eine zusätzliche beträchtliche Belastung darstellen können, besonders für jene psychisch noch nicht gefestigten Patienten, die gerade aus der Klinik entlassen sind. Als besonders quälend, so TÖLLE (1973), schildern manche Kranke die neuroleptisch bedingte Einengung der Motorik und des Antriebs, die sich nicht immer vermeiden lasse; teils befürchte der Patient, er könne sich nicht mehr wehren, teils verkenne er das medikamentös bedingte "Psychosyndrom" als Zeichen einer bedrohlichen krankhaften Veränderung. HAASE (1977) konnte immer wieder beobachten, daß extrapyramidale

grobmotorische Überdosierungserscheinungen manche Patienten derart beunruhigen, daß der erstrebte neuroleptische regulierende Eingriff in die schizophrene Psychose sich nicht entfalten konnte oder wieder aufgehoben wurde. Das Auftreten dieser extrapyramidalen Symptome erlebten viele Patienten als ich-fremd, als aufgezwungen und mehr oder weniger irritierend. Nicht wenige deuteten diese Überdosierungssymptome sogar paranoid aus.

So nimmt es nicht wunder, daß HIPPIUS und MEYENDORF (1976) ausdrücklich auf die Beachtung dieser pharmakotypischen Probleme hinweisen, die unbeachtet ihrer Meinung nach leicht den Patienten zu einem Absetzen der Medikamente verleiten. Sie fordern deshalb, in jedem Falle den Patienten darüber zu informieren, daß diese extrapyramidal motorischen Erscheinungen auftreten, daß sie zunächst einen sehr alarmierenden Eindruck machen, daß sie jedoch im Grunde keine ernststen Symptome sind und leicht mit einem Antiparkinsonmittel behandelt werden können.

Zwar nicht mit einer so deutlichen seelischen Beeinträchtigung, aber doch mit erheblichen somatischen Beschwerden kann die Lithium-Dauer-Prophylaxe bei manisch-depressiven Patienten vergesellschaftet sein. Überdosierungserscheinungen wie Erbrechen, Übelkeit, Tremor, Muskelschwäche, Diarrhoe stellen keine Seltenheit dar; sie sind nicht nur lästig, sondern auch in nicht seltenen Fällen Vorboten einer Lithiumintoxikation, der H. H. MEYER (1976) sogar den Stellenwert einer Schlafmittelvergiftung zuweist, die mit intensiv-medizinischen Verfahren (u. a. Peritoneal- oder Hämodialyse)

zu behandeln sei. Es liegt deshalb klar auf der Hand, daß nur ein exakter Serumspiegel vor Komplikationen schützen kann. Der Serumspiegel sollte, um Rezidive zu verhindern nicht unter 0,6 mval/l liegen, und keinesfalls Werte von 1,8 mval/l überschreiten, um Intoxikationen zu vermeiden (PÖLDINGER 1975).

Die hier kurz angerissenen Probleme machen deutlich, mit welcher immensen Schwierigkeiten aus krankheitstypischer und pharmakotypischer Sicht bei der Klinikentlassung depressiver und schizophrener Patienten zu rechnen ist. Wir wollen im folgenden, zum Abschluß dieses Kapitels, einige Lösungsvorschläge zu diesem Thema vorstellen.

HARING (1972) sieht das Gelingen der ambulanten Nachsorge ganz allgemein von der Erfüllung dreier Kriterien abhängig:

1. Durch die Vorbehandlung und psychologische Vorbereitung des Patienten in der Klinik müssen die in der Persönlichkeit des Kranken liegenden Voraussetzungen geweckt und gefördert werden, sofern das möglich ist;
2. der Kranke muß Rückhalt und Verständnis in der familiären und sozialen Umwelt finden, und
3. die konsequente Einnahme der Medikamente muß durch den Patienten selbst (Voraussetzung unter Punkt 1) oder durch seine Bezugspersonen bzw. durch die Ordnung, in der er lebt (beides Voraussetzungen unter Punkt 2) gesichert sein.

HAASE (1966) erscheinen für das Gelingen der ambulanten Pharmakotherapie folgende drei Punkte überlegenswert:

1. Vom Patienten her: Wird der Patient nicht darüber informiert, daß eine Reduzierung der Dosis oder gar ein Absetzen des Medikaments zwar oft das Gefühl subjektiver Er-

leichterung mit sich führt, aber auch wenige Tage oder Wochen später eine Rückfallgefahr zur Folge hat, so erliegt er dem "Teufelskreis." Er reduziert daraufhin weiter oder setzt ab und wird eventuell wieder psychotisch.

2. Der nachbehandelnde Arzt wiederum muß wissen, daß ein Schizophrener, der wegen einer schizophrenen Plussymptomatik in eine stationäre Behandlung kam, und dessen Psychose neuroleptisch, d. h. über der neuroleptischen Schwelle dosiert, kompensiert wurde, über mehrere Monate einer Nachbehandlung mit einer Dosis über der neuroleptischen Schwelle bedarf.

3. Ist es vom Medikament her zu wissen, daß stärker potente Neuroleptika, sofern sie optimal dosiert werden, kaum Müdigkeiterscheinungen verursachen und bei einer länger dauernden Behandlung schwachen Neuroleptika vorzuziehen sind, damit die Patienten einer Beschäftigung nachgehen können.

Als praktische Konsequenz dieser Überlegungen schlägt HAASE vor:

1. Patient, Angehörige und nachbehandelnde Ärzte sind - notfalls mit Merkblättern - über die Rezidivgefahr bei vorzeitiger Unterdosierung der Neuroleptika nach stationärer Behandlung zu informieren.

2. Der Patient ist vor der Entlassung auf ein möglichst stärker potentes Neuroleptikum derart optimal dosiert einzustellen, daß er weder über begleitende Sedierung oder Müdigkeit am Tage klagt, noch durch extrapyramidale grobmotorische Symptome irritiert wird.

3. Eine befristete Nachbehandlung vom Krankenhaus bzw. von der Klinik her wäre wünschenswert. Sofern dies nicht gewährleistet ist, sollte der nachbehandelnde Arzt zu einem Team gehören, das die von dem psychiatrischen Krankenhaus bzw. von der Klinik vorgeschlagenen Weiterbehandlungsdosierungen bejaht und praktiziert. Lang wirksame Neuroleptika, die nicht täglich verabreicht werden müssen, sind - besonders auch zur Nach-

behandlung - erwünscht. HAASE warnt aber gleichzeitig vor einer bedenkenlosen Anwendung der Depotpräparate. Er macht darauf aufmerksam, daß bei Schizophrenen, die bei einer Dekompensation ihrer Psychose zu gefährlichen antisozialen Handlungsweisen neigen (bes. Aggressionen), wegen der Ungleichmäßigkeit der Intensität und Dauer der neuroleptischen Wirkung keine Depotpräparate verwendet werden sollten.

Um den Therapieerfolg dauerhaft zu sichern, fordern HIPPIUS und MEYENDORF (1976), auch den Patienten umfassend mit der Problematik der Pharmakotherapie vertraut zu machen. Eine Forderung, die geradezu als zwingend erscheinen muß im Rückblick auf die geschilderten pharmakotypischen Wirkungen und ihre Konsequenzen auf die Nachsorge. In folgenden Punkten sollten deshalb die Kranken über ihre medikamentöse Behandlung aufgeklärt werden:

- a) den Zeitpunkt des Wirkungseintritts
- b) die Begleitwirkungen und möglichen Nebenwirkungen
- c) die Dosierungen
- d) die Dauer der Therapie und
- e) die Notwendigkeit der Therapiekontrolle.

Allein organisatorische Maßnahmen und kunstgerechte Applikation der Medikamente garantieren noch nicht eine erfolgreiche Pharmakotherapie. FRANKE und KITZIG (1976) weisen vielmehr auf die Notwendigkeit einer dauerhaften partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient hin. Denn "gerade die Erfahrung jener besonderen Partnerschaft, die sich während einer krisenhaften Situation hergestellt hat, ist unverzichtbar für das Gelingen der Pharmakotherapie."

Welch einen wichtigen Stellenwert gerade diese menschlichen Beziehungen in der Rehabilitationsphase

noch einnehmen, besonders zwischen dem Patienten und seiner "nicht-medizinischen" Umwelt, sei im nachfolgenden Abschnitt ausführlich dargestellt.

2. Krankheitsspezifische Daten und Verhaltensweisen und ihre Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen und den Rehabilitationserfolg

Während wir im vorigen Kapitel über krankheitsspezifische und pharmakotypische Probleme gesprochen haben, die die medikamentöse Nachbehandlung gefährden können, so wenden wir uns nun krankheitsspezifischen soziologischen Daten und Verhaltensweisen zu, die Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen beider endogener Krankheitsgruppen zeigen. Es ist für uns von Interesse zu wissen, inwieweit die Krankheit an sich schon Störungen im sozialen Gefüge verursachen kann und welche Folgen sich daraus für die Patienten ergeben.

BAER (1975) und HÄBERL (1975) haben hierzu wichtige Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten bei Schizophrenen und Zykllothymen erörtert und ihre Auswirkungen auf die familiäre und berufliche Situation der Patienten weiterverfolgt. Dabei zeigte sich, welche eine große Bedeutung bereits dem Zeitpunkt des ersten Auftretens der Erkrankung beizumessen ist:

Das Erstmanifestationsalter der Zykllothymen lag bei 36,5 Jahren, jenes der Schizophrenen bei 26,7 Jahren. Bis zum 24. Lebensjahr erkrankten von den 60 Zykllothymen nur 3 Patienten erstmals, von den Schizophrenen jedoch nahezu Zweidrittel. Bei der Hälfte der Zykllothymen trat die Erstmanifestation im mittleren Lebensabschnitt zwischen 35 und 50 Jahren auf. Familiär bot sich nun folgendes Bild: Von den 60 Zykllothymen waren nur fünf Kranke ledig, 44 waren in erster Ehe verheiratet (Dreiviertel des Krankengutes, und insgesamt 50 Kranke hatten zum Untersuchungszeitpunkt einen festen Partner). Ganz anders aber der Familienstand der Schizophrenen. Dort waren 19 Patienten (Zweidrittel des Krankengutes)

ledig und nur neun Patienten in erster Ehe verheiratet. Somit hatten bei den Zykllothymen 50 von 60, bei den Schizophrenen nur neun von 30 einen festen Lebenspartner.

Als prognostisch ungünstig für die Schizophrenen sehen BAER und HÄBERL ferner die Tatsache, daß die Hälfte der 30 schizophrenen Kranken bei der Erstmanifestation noch im Hause der Eltern lebte und so der Gefahr einer "over-protection" ausgesetzt war, während sich bei den Zykllothymen der stabilisierende Einfluß der Ehe, in 44 Fällen erfolgte die Erstmanifestation nach der Eheschließung, günstig auswirkte.

Hinsichtlich der Berufsausbildung weichen beide Gruppen ebenfalls stark voneinander ab: Die zykllothymen Kranken hatten ihre Berufsausbildung fast ausnahmslos abgeschlossen und im Invalidisierungsfalle einen ausreichenden Rentenanspruch. Lediglich fünf Patienten mußten aufgrund ihres Leidens einen beruflichen Abstieg hinnehmen, zweien gelang aber sogar ein beruflicher Aufstieg. Anders und weit ungünstiger ist die Lage der Schizophrenen. Sieben von 30 Patienten befanden sich noch in beruflicher Ausbildung und weitere sieben waren auf Sozialhilfe und Hilfe durch eine Gebrechlichkeitspflegschaft angewiesen. 13, also fast die Hälfte der Patienten machte einen beruflichen Abstieg durch. Kein einziger konnte sich beruflich verbessern.

Dieses soziale Spannungsfeld, in dem vor allem Schizophrenie hin- und hergerissen werden, hat SCHULTE sehr ausführlich in einem Referat auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde 1966 in Düsseldorf beschrieben. Er ging den Auswirkungen schizophrenen Krankseins auf die Umwelt an Hand folgender Fragen nach: Was passiert in der Umwelt, wenn einer psycho-

tisch wird? Was passiert im Falle der Gesundung (wir würden, entsprechend unserem Thema, sagen, "wenn er wieder erfolgreich therapiert aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen wird"), und vor allem, was passiert im Falle der nur partiellen Gesundung? Wie reagiert nun die Umwelt, wie die nächsten Angehörigen, die ja am ehesten und auch am intensivsten mit dem Kranken in Kontakt stehen? SCHULTE schildert die Reaktionen so:

Der Ausbruch der Psychose kann dazu führen, daß sich die nächsten Angehörigen in ihrer Existenz unterhöhlt fühlen. Es sei denn, sie identifizieren sich mit dem Erkrankten oder sähen ihn als Opfer unzumutbarer Belastungen an. Waren die Angehörigen mit dem Erkrankten tiefer verbunden, so können sie sich von dem unmittelbaren Abbruch einer kontinuierlichen inneren Beziehung stärker und schmerzlicher betroffen fühlen als durch dessen Tod. Es kommt vor, daß er ihnen noch unerreichbarer entrückt, gleichzeitig aber auch darauf angewiesen erscheint, daß man sich seiner annimmt ... Schuldgefühle regen sich, die sich zunächst einmal auf das eigene Verhalten vor der Zeit des Krankheitsausbruches erstrecken. Dann aber, so fährt SCHULTE fort, kommt es zu einer Kette von offenen und verdeckten Selbstvorwürfen und vor allem gegenseitigen Vorwürfen. Vater und Mutter werden sich entweder selbst an der Weitergabe eines ungünstigen Erbgutes mitschuldig fühlen oder aber den jeweiligen Partner verantwortlich zu machen versuchen. Ungut und verstärkt beeinflußt werden die durch die Krankheit ausgelösten Vorwürfe und Selbstvorwürfe noch durch den weiteren Kreis einer beserwisserischen Umwelt, gegen deren Vorwürfe sich die näheren Angehörigen in einer Zweifrontenabwehr mühsam verteidigen müssen.

Dies alles bedeutet aber, so SCHULTE, nicht so sehr eine echte Erschütterung als vielmehr eine Lähmung und Erstarrung der Umwelt, in der sich flüchtige depressive und u. U. auch paranoide Reaktionen bilden oder auch neurotische Entwicklungen anbahnen können ... Die Familie

scheint unter dem Eindruck einer destruktiven Spreng- oder Lähmungswirkung zu verharren. Aus dieser spannungsgeladenen Familienkonstellation heraus wird der Kranke zur Therapie in die Klinik eingewiesen. Meist kann er schon nach einigen Wochen intensiver Therapie, nicht zuletzt dank der heute so wirksamen Psychopharmaka, wieder entlassen werden. Und er kehrt in der Regel wieder in diese spannungsgeladene Familienkonstellation zurück.

Wie verhält sich die Familie dem Heimkehrenden gegenüber? Sehen wir in unserer Betrachtung von denjenigen Fällen ab, denen wieder eine mehr oder weniger reibungslose Eingliederung gelingt, und wenden wir uns mit SCHULTE denjenigen Patienten zu, die Schwierigkeiten haben, ihren angestammten Platz wieder einzunehmen:

Der Entlassene steht nun ungeschützt, wie er ist, vor der Tür und will seine alten Funktionen übernehmen, so als ob nichts gewesen wäre und ohne an Vorheriges erinnert zu werden. Doch die Familie hat sich indessen während seiner Abwesenheit eingerichtet, der Sohn ist in die Rolle des Vaters getreten, die Tochter hat die Mutter ersetzt, die Eltern haben sich in doppelter Intensität anderen Kindern zugewandt. Nun plötzlich müssen rückläufige Rollenverschiebungen vorgenommen werden.

Dies geschieht jedoch nur mit halber Überzeugung. Es war zuviel passiert, als daß man sich darauf verlassen könnte, daß es auf einmal gut geht, daß es auf die Dauer gut geht. Jeder, der nun zurücktritt, muß gleichsam in Stellvertretung noch in der Rolle bleiben, die er gerade auszufüllen begonnen hatte. Es treten wieder Spannungen auf, die zur Entladung drängen.

Noch gravierender sieht SCHULTE die Konflikte in der Familie, in die ein nur partiell Gesundeter zurückkehrt: Die Kranken fallen hier wieder ihrer engsten Umwelt mit ihrer besonderen, u. U. pathogenen Struktur zur Last, aus der sie mit Beginn der Krankheit herausgetreten wa-

ren, bevor der Empfangsraum hinreichend revidiert und bereitet ist, die Beteiligten gereift und vorbereitet sind.

Diese Umwelt ist eher durch das vorherige Geschehen verunsichert worden. Sie weiß nach der partiellen Besserung noch weniger das rechte Maß zwischen Schonung und Anpassung zu finden. Dadurch ergibt sich für die partiell Gesundeten das Risiko, aus der Gemeinschaft ausgegliedert zu werden und somit ein Rand- und Sonderlingsdasein führen zu müssen, obwohl sie dem Anschein nach in ihre Umwelt wieder integriert sind.

Diese durch langjährige Erfahrungen gewonnenen Beobachtungen und Schlußfolgerungen SCHULTES sehen wir bei KUROSAWA (1966) bestätigt. Er weist in seiner Studie über das Leben chronisch Schizophrener in ihrer Familie nach, wie sehr der Rehabilitationserfolg vom Familienmilieu abhängig ist. Er untersuchte 40 Patienten auf ihren Rehabilitationserfolg in ihrer Familie. Dabei teilte er das Familienmilieu in drei Stufen ein:

1. Der Patient wird durch die Familie gut geschützt, und die Familie lebt einig als Ganzes zusammen. Der Patient wird als ein Mitglied in seiner Familie assimiliert.
2. Zeitweilig entstehen Konflikte in der Familie, und sie gerät vorübergehend in Unordnung, aber der Patient wird ziemlich umsorgt und geschützt.
3. Abgesehen davon, daß der Zustand durch den Patienten verursacht wird oder schon vorher vorhanden gewesen ist, gibt es viele Konflikte in der Familie, und der Patient ist außer acht gelassen.

Diesen Familienzuständen stellt KUROSAWA drei erreichbare Rehabilitationsgrade gegenüber:

- I. Seit seiner Entlassung befindet sich der Patient in einem besonders guten oder dauernd im erhaltenen und stabilen Zustand.

II. Der Patient ist jetzt im besseren Zustand, aber zeitweise verschlimmert.

III. Der Zustand des Patienten hat sich verschlimmert.

Sein Untersuchungsergebnis ist in der Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Familienmilieu und erreichter Rehabilitationsgrad

Die arabischen Ziffern stellen die Abstufung des Familienmilieus, die römischen Ziffern den erreichten Rehabilitationsgrad dar.

(KUROSAWA 1966).

	1	2	3	Summe
I	8	5	0	13
II	3	14	0	17
III	0	1	9	10
Summe	11	20	9	40

Es geht aus der Tabelle deutlich hervor, daß der Rehabilitationserfolg umso größer ist, je günstiger das Familienmilieu ist, oder umgekehrt ausgedrückt, ein konfliktreiches Familienmilieu, in dem die Interessen des Patienten unberücksichtigt bleiben, bietet die schlechtesten Chancen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung.

Einschränkend sei gesagt, daß dieses Ergebnis bei einem ausgewählten Patientengut, nämlich bei chronischen Schizophrenen, zustande kam.

Ähnlich zu interpretieren ist HINTERHUBERS (1973) Ergebnis in einer katamnestischen Studie über Schizophrenie. HINTERHUBER konnte zeigen, daß 45,6 % der schizophrenen Patienten, die einem "brokenhome-Milieu" ent-

stammten, eine auffallend geringere Heilungsziffer (21,1 %) und eine erhöhte Defektuösität (34,6 %) aufwiesen. Wenn auch HINTERHUBER in seiner Untersuchung nur auf die Heilungsziffer und nicht wie KUROSAWA auf den Rehabilitationsgrad Bezug nimmt, so stimmen dennoch beide in der Tendenz darin überein, daß zweifellos ein Zusammenhang besteht zwischen der familiären Situation und dem weiteren gesundheitlichen Schicksal der Patienten.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus den oben angestellten Betrachtungen? Eines ist klar, mit theoretischen Überlegungen allein ist die Aufgabe der Sozialpsychiatrie noch keineswegs erschöpft. Eine der Hauptmotivationen der sozialpsychiatrischen Aktivitäten besteht vielmehr darin, Abhilfe zu schaffen (STROTZKA 1972). Rehabilitation bedeutet nach STROTZKA vielmehr, den Patienten nach seiner Klinikentlassung nicht einfach seinem Schicksal zu überlassen, sondern, ihm vom Zeitpunkt der Entlassung an eine Hilfestellung von Außenstehenden zu geben, die es ihm ermöglicht, unter dem Einsatz eigener Kräfte wieder in der Umwelt Fuß zu fassen.

STROTZKA formuliert diese neue Art der Fürsorge so: "Fürsorge wird nicht mehr vorwiegend im Sinne einer materiellen Unterstützung, Beratung und aktiven Führung eines Notleidenden und Behinderten verstanden, sondern als Aufbau einer helfenden persönlichen Beziehung zwischen Fürsorger und Klienten, die dem letzteren die Möglichkeit zur Selbsthilfe ermöglichen soll." Welche Möglichkeiten zur Selbsthilfe bieten sich heute an?

In den letzten Jahren sind viele therapeutische Verfahren entwickelt und ausprobiert worden, die sich alle unter dem Oberbegriff "Psycho- und Soziotherapie" zu-

sammenfassen lassen und dazu dienen, klinikentlassene psychiatrische Patienten durch die Rehabilitationsphase helfend im obigen Sinne zu begleiten. Es würde weit über den Rahmen unserer Arbeit hinausgehen, näher auf die einzelnen, oft auch widersprüchlichen psycho- und soziotherapeutischen Modelle einzugehen, denn zu vieles befindet sich derzeit noch im Experimentierstadium. Auf eine Gemeinsamkeit aber bauen alle diese verschiedenen Versuche, nämlich auf die Tragfähigkeit einer vertrauensvollen langdauernden Beziehung zwischen dem Therapeuten bzw. der therapeutischen Institution und dem entlassenen Patienten. Diese Beziehung scheint entscheidend zu sein für das Gelingen der Rehabilitation.

Die pharmakologische Langzeittherapie, lange Zeit die einzige therapeutische Säule in der ambulanten Nachsorge, hat nun einen mächtigen Partner im Kampf gegen die Drehtürpsychiatrie bekommen. Jetzt erst scheinen die Voraussetzungen für eine erfolgreichere Rehabilitation gegeben zu sein.

Eine statistische Studie von HOGARTHY, GOLDBERG, SCHOLLER und ULRICH (1974) bestätigt das eben Gesagte. Sie untersuchten vier Gruppen klinikentlassener schizophrener Patienten, wobei bei jeder Gruppe eine andere Therapieform über zwei Jahre nach der Entlassung zur Anwendung kam. Die erste Gruppe wurde mit Placebos behandelt, die zweite psycho- und soziotherapeutisch, die dritte mit Neuroleptika und die vierte kombiniert mit Psycho-/Soziotherapie und Neuroleptika. Dabei zeigte sich nach zweijähriger Therapie folgendes Ergebnis, wie es in der Abbildung 2 dargestellt ist. Bei der Gruppe, bei der eine reine Placebobehandlung durchgeführt wurde, mußten 80 % der Patienten wieder stationär aufgenommen werden. Die zweite Gruppe, von Sozialarbeitern unterstützt und beraten, ein therapeutisches Vorgehen, das als major role therapy (MRT) bezeichnet wird, schnitt, wie ersichtlich ist, nur unwesentlich besser ab. Die Patienten, die ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt

wurden, zeigen schon eine deutlich geringere Rückfallquote in die Psychose. Nach zwei Jahren mußten nur mehr noch 48 % stationär aufgenommen werden. Das beste Ergebnis aber weist die vierte Gruppe auf, die kombiniert mit Psychopharmaka und der major role therapy behandelt wurde. Sie weist mit klarem Abstand zu den anderen Gruppen die geringste Rückfallquote auf.

Diese Studie kann als schöner Beweis dafür gelten, daß erst die enge Verknüpfung von Pharmakotherapie mit Sozio- und Psychotherapie optimale Ergebnisse in der ambulanten Nachsorge hervorbringen kann. Wir können mit HUBER (1976) sagen: "Die Kombination der medikamentösen Langzeitbehandlung mit der Soziotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapieinstanzen ist eine Vorbedingung für eine zum Teil schon erfolgte Umzentrierung der Therapie und Sekundärprävention der Psychosen vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis."

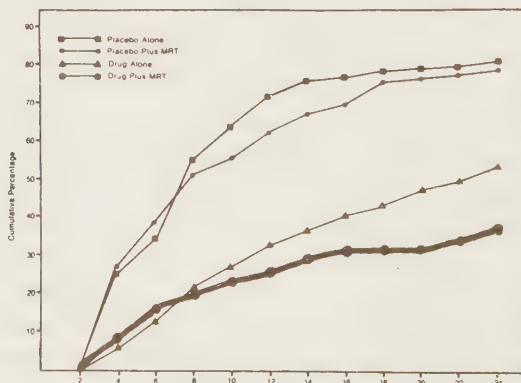


Abb. 2: Darstellung der Behandlungserfolge mit Placebo, Psycho- und Soziotherapie, Neuroleptikabehandlung sowie Kombination von Neuroleptika mit Psycho- und Soziotherapie (HOGARTHY, G., S. GOLDBERG, N. SCHOOLER, R. ULRICH, 1974)

In der vorliegenden Zusammenschau wurde versucht, einen gerafften Überblick über die Schwierigkeiten in der medizinischen Nachbehandlung und sozialpsychiatrischen Betreuung klinikentlassener zylothymen und schizophrener Patienten zu vermitteln. Dabei kann nicht übersehen werden, daß viele der geäußerten Vermutungen und Beobachtungen aus der subjektiven Erfahrung der Autoren stammen und noch verifiziert werden müssen. Andererseits liegen aber auch eindrucksvolle Untersuchungsergebnisse vor, die die eine oder andere Schwachstelle in der Nachbehandlungsphase aufdecken und somit Ansatzpunkte für eine erfolgreichere Rehabilitation bieten. Im III. Abschnitt sei nun versucht, durch eigene Beobachtungen unser Thema zu vertiefen.

III. Eigene Beobachtungen

1. Gewinnung der Stichprobe

Um eigene Beobachtungen zu dieser Problematik beitragen zu können, haben wir sämtliche männlichen Patienten mit endogenen Psychosen ermittelt, die 1974 und 1975 an der Universitäts-Nervenlinik mit Poliklinik in Erlangen stationär aufgenommen wurden. Wir haben diese 121 Patienten angeschrieben und zu einer ambulanten Nachuntersuchung in die Klinik gebeten.

Es erschienen 40 Patienten zum einbestellten Termin, vier weitere wurden in der Zwischenzeit wieder stationär aufgenommen und ebenfalls interviewt, so daß sich eine Gesamtzahl von 44 nachuntersuchten Fällen ergibt. Vier Patienten sind nach ihrer Entlassung durch Suizid aus dem Leben geschieden. In der Tabelle II sind die psychiatrischen Diagnosen aufgeführt.

Tab. I: Letzte Entlassungsdiagnose

Diagnose	Fallzahl
zyklothyme Depression	12
bipolare Zykllothymie	2
atypische Psychose	1
paranoid-halluz. Schizophrenie	21
Hebephrenie	3
chronische Schizophrenie	5
Summe	44

Es handelt sich immer um Querschnittsdiagnosen; es wurde die Diagnose des letzten stationären Aufenthaltes verwendet.

Eine gewisse Auslese liegt insofern vor, als es sich hier ausschließlich um entlassene Patienten einer Universitätsnervenklinik handelt. Eine Untersuchung über die Patienten eines Bezirkskrankenhauses würde z. B. wegen der häufigeren chronischen Fälle andere Ergebnisse bringen.

Aus organisatorischen Gründen wurden nur Kranke der psychiatrischen Männerabteilung untersucht.

2. Methodik der Befragung und Auswertung

Das Hauptziel unserer Untersuchung war, den Lebenslauf jedes einzelnen Patienten vom Entlassungstag bis zum Untersuchungstag zu rekonstruieren und dabei Schwierigkeiten und Nöte des Einzelnen im medizinisch-ärztlichen Betreuungsbereich und im sozialen Bereich aufzudecken. Wir haben uns bemüht, nicht nur rein deskriptive Fakten zu sammeln, sondern so gut es ging auch hinter die Probleme zu sehen und Motive für bestimmte Verhaltensweisen zu finden. Um diese einzelnen Fälle individuell darstellen zu können, wählten wir als Methode das qualitative Interview. Dieses Verfahren garantierte jene Elastizität, die für die Erforschung individueller Fälle unerlässlich ist (KOENIG 1972). Gleichzeitig sollte aber auch bei der Vielfalt der Fälle eine vergleichende Auswertung möglich sein. Dies wurde durch den Interviewleitfaden erreicht, der folgende Themenbereiche umfaßte:

- I. den Verlauf der medizinischen Betreuung mit behandelnden Ärzten, die Übernahme der Therapieempfehlung der Klinik durch die Ärzte, den Informationsstand der Patienten über ihre Medikamente, die Therapiekomplicationen, die eigenmächtigen Therapieveränderungen der Patienten
- II. das Verhältnis der Patienten zu ihrem weiterbehandelnden Arzt aus der Sicht des Patienten und
- III. die soziale Entwicklung mit Komplikationen seit der Entlassung.

Jedes dieser Themen beinhaltet eine Reihe von Fragen, die jedem Patienten gestellt wurden. Wir haben uns dabei nicht starr an die Reihenfolge der einzelnen Themenkomplexe oder Fragen geklammert, sondern uns vielmehr an die Erfahrungsstruktur der Befragten angepaßt. War irgend eine Darstellung unklar oder nicht ausführlich genug, so stellten wir noch zusätzliche Sondierungs- und Ergänzungsfragen.

Die Wahl des freien Interviews hat sich im Laufe der Untersuchungen auch als die einzig mögliche Form der Befragungstechnik überhaupt erwiesen. Es hat sich gezeigt, daß eine nicht geringe Zahl unserer Patienten infolge krankheitsbedingter intellektueller Leistungsminderung große Schwierigkeiten hatte, dem Gespräch zu folgen. Ferner hat es sich als nützlich erwiesen, nicht an ein vorgefaßtes Schema mit womöglich noch vorgedruckten Antworten gekettet zu sein, sondern je nach Bedarf noch mit zusätzlich anders formulierten Fragen oder Erläuterungen behilflich sein zu können. Nur dadurch war ein Einblick in die Problematik unserer - zum Teil multistischen - Patienten zu gewinnen.

Die Äußerungen der Patienten wurden in einem eigens angefertigten Untersuchungsbogen mitprotokolliert. Dieser Bogen hatte die gleiche Gliederung wie der Interviewleitfaden, gestattete aber halbseitige oder ganzseitige Klartexteintragungen. Wir haben dort, wo es uns wichtig erschien, auch wörtliche Zitate übernommen, um besonders anschaulich persönliche Schwierigkeiten schildern zu können.

Dem eigentlichen Interview ging noch eine spezielle Vorbereitung voraus. Am Vortage des Untersuchungstermins studierten wir die Krankengeschichten der einbestellten Patienten, machten uns mit ihrer Krankheit vertraut und übertrugen in einen Vorspann des oben beschriebenen Untersuchungsbogens noch folgende Daten: Personalien, sämtliche Klinikaufenthalte, letzte Entlassungsdiagnose, Empfehlung zur medikamentösen Therapie, therapeutische Schwierigkeiten, Empfehlung zur Rehabilitation, soziale Schwierigkeiten. Damit waren wir auf das stattfindende Gespräch vorbereitet. Die Daten verwendeten wir später noch zur Auswertung.

Statistische Daten unserer Kranken

Die Unterteilung der zylothymen Patienten nach der Anzahl der Klinikaufenthalte zeigt die Tabelle III.

Tab. III:

Zahl der stationären Behandlungen	Anzahl der Patienten
einmal	5
zweimal	4
dreimal	0
viermal	0
fünfmal	3
sechs- und mehrmals	2

Die Unterteilung der schizophrenen Patienten nach der Anzahl der Klinikaufenthalte zeigt die Tabelle IV.

Tab. IV:

Zahl der stationären Behandlungen	Anzahl der Patienten
einmal	9
zweimal	6
dreimal	5
viermal	3
fünfmal	2
sechs- und mehrmals	5

Die Unterteilung der zykllothymen Patienten nach der Dauer des Klinikaufenthaltes in Monaten ist in der Tabelle V dargestellt.

Tab. V:

Dauer des Klinikaufenthalts	Anzahl der Patienten
1 - 2 Monate	5
3 - 4 Monate	4
5 - 10 Monate	3
11 - 15 Monate	1
16 - 20 Monate	1
Summe der Patienten	14

Die Unterteilung der schizophrenen Patienten nach der Dauer des Klinikaufenthaltes in Monaten ist in der Tabelle VI dargestellt.

Tab. VI:

Dauer des Klinikaufenthalts	Anzahl der Patienten
1 - 2 Monate	9
3 - 4 Monate	7
5 - 10 Monate	7
11 - 15 Monate	1
16 - 20 Monate	1
mehr als 20 Monate	5
Summe der Patienten	30

Die Patienten unseres Krankengutes mit atypischen Psychosen wurden in den Tabellen IV und VI zu den schizophrenen Psychosen gerechnet.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung sind dargestellt in den Tabellen VII bis XXVII sowie in den Abbildungen 3 bis 7.

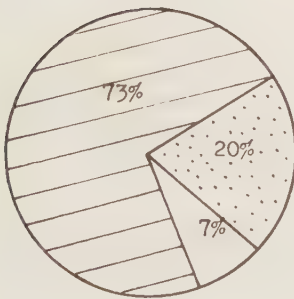
a) Der Verlauf der medizinischen Betreuung

Am Ende der stationären Behandlung wurden alle unsere Patienten mit der Empfehlung entlassen, sich so bald wie möglich wieder beim vorbehandelnden Arzt oder in der hiesigen Poliklinik vorzustellen, um von dort aus weiter medizinisch betreut zu werden.

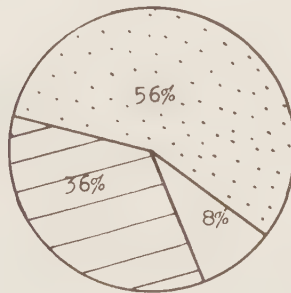
Die überwiegende Mehrzahl befolgte auch diesen Rat und fand sich nach einigen Tagen, in der Regel, wenn die restlichen Medikamente, die die Klinik noch mit auf den Weg gegeben hatte, verbraucht waren, bei ihrem Arzt ein. Nur zwei Patienten verzichteten ganz auf eine ärztliche Weiterbetreuung.

Die ambulante Weiterbetreuung wurde fast ausschließlich von niedergelassenen Allgemeinärzten bzw. praktischen Ärzten oder von Nervenärzten durchgeführt, in Einzelfällen auch durch die Poliklinik der Universitätsnervenklinik oder auch durch die psychiatrische Station der Universitätsklinik. Über Dreiviertel der Kranken mit zylothymen Depression sind durch ihren Hausarzt, also einen "Allgemeinmediziner" bzw. "Praktiker" versorgt worden. Bei weiterer Unterteilung in Fälle mit vorwiegender Depression und Manie kommen wir zu folgendem Ergebnis: alle Patienten mit vorwiegender Depression stehen unter hausärztlicher Betreuung, einer noch zusätzlich unter nervenärztlicher Kontrolle. Dagegen konsultieren beide Patienten mit vorwiegend manischer Erkrankung einen Nervenarzt, wobei einer im Falle von Komplikationen noch zusätzlich die Poliklinik aufsucht.

Ganz anders sieht das Bild der ärztlichen Versorgung bei den Patienten des schizophrenen Formenkreises einschließlich der atypischen Psychosen aus. Hier tragen die Hauptlast der Betreuung die Nervenärzte und zwar mit 56 % vor den Hausärzten, die aber in 36 % der Fälle noch die Nervenärzte unterstützen.



Zyklothyme Gruppe



Gruppe der Schizophrenien
einschließlich atypischer
Psychosen

Abb. 3: Prozentuale Beteiligung der Hausärzte, Nervenärzte, Poliklinik und psychiatrischen Station an der psychiatrischen Versorgung.

(schraffiertes Feld: Hausärzte

punktiertes Feld: Nervenärzte

weißes Feld: Poliklinik und psychiatrische Station).

Die Abbildungen 4 und 5 zeigen die Entfernungen der aufgesuchten ärztlichen Praxen von der Wohnung der Patienten.

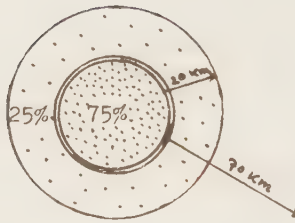


Abb 4: Entfernung der konsultierten Praxen vom Wohnort des Patienten. Der doppelte Ring stellt den Wohnort selbst dar, die Dichte der Punktierung deutet die prozentuale Häufigkeit der hausärztlichen Praxen vom Wohnort an bis zu einer Entfernung von 70 km.

Das Bild zeigt, daß alle aufgesuchten hausärztlichen Praxen, also 100 %, in einem Umkreis von 20 km von der Wohnung des Patienten aus zu erreichen sind. Dagegen zeigt die nächste Abbildung, daß nur mehr noch 85 % aller nervenärztlichen Praxen einschließlich der Poliklinik der Universitätsnervenklinik und der psychiatrischen Station der Universitätsnervenklinik in einem Umkreis von 20 km liegen, 15 % liegen sogar zwischen 20 und 70 km entfernt, die weiteste 70 km. Ein Grund dafür ist die geringe Dichte der nervenärztlichen Praxen, der andere, daß oft der Patient den weiteren Anreiseweg nicht scheut, um zu dem Arzt seiner Wahl zu gelangen, obwohl im näheren Umkreis ebenfalls eine nervenärztliche Praxis gelegen wäre.

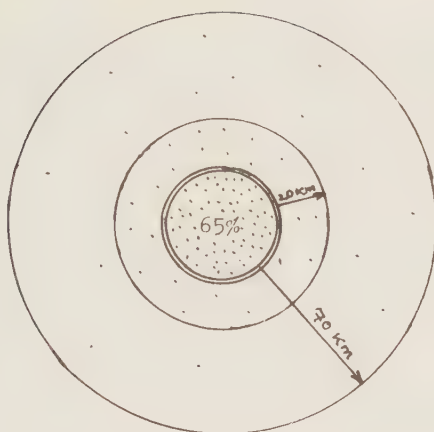


Abb. 5: Verteilung der nervenärztlichen Praxen einschließlich der Poliklinik der Universitätsnervenklinik und der psychiatrischen Station der Universitätsnervenklinik in einer Entfernung bis zu 70 km vom Wohnort des Patienten.

Von den beiden Patienten, die zusätzlich noch die Poliklinik aufsuchten, reiste einer aus ca. 20 km, der andere aus ca. 50 km Entfernung an. Der eine Patient, der von der psychiatrischen Station der Klinik versorgt wurde, wohnte am Ort der Klinik.

Verkehrsmäßig konnten fast alle Ärzte gut erreicht werden. Nur ein Patient klagte über den Anreiseweg.

Die Frequenz der ärztlichen Konsultationen ist als sehr unterschiedlich zu bezeichnen. Sie richtete sich meist nach der Verbrauchsdauer der Medikamente. Diese wiederum wechselte, je nach dem, ob der Patient Tabletten, Tropfen oder Depotpräparate appliziert bekam. Manche Patienten

suchten nur eine Weile nach der Entlassung ihren Arzt regelmäßig auf, dehnten aber später die Zeitabstände zwischen den einzelnen Konsultationen je nach den äußeren Umständen oder inneren Bedürfnissen aus oder brachen ihre Arztbesuche aus den verschiedensten Gründen von selbst ab. In diesem Zusammenhang sei auf den Punkt "eigenmächtige Therapieveränderungen" hingewiesen, in dem dieses Verhalten näher erläutert wird.

Die Dauer der Wartezeiten bei den konsultierten Ärzten, geschätzt durch die Patienten, ist in der Tabelle VII zusammengestellt.

Tab. VII: Geschätzte Wartezeiten

Wartezeit	Zahl der Hausärzte	Zahl der Nervenärzte	Zahl der Poliklinikärzte	Zahl der Stationsärzte
bis 1 Std.	19	21	0	1
bis 2 Std.	6	1	0	0
über 2 Std.	0	3	2	0
Summe	25	25	2	1

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, betrug bei etwa Dreiviertel aller konsultierten Hausärzte die geschätzte Wartezeit nicht länger als eine Stunde, bei ca. einem Viertel bis zu zwei Stunden. Wartezeiten über zwei Stunden gab es bei den Hausärzten nicht. Bei den Nervenärzten mußten in einigen Fällen Wartezeiten über zwei Stunden in Kauf genommen werden.

Die Tabelle VIII zeigt die durch die Patienten geschätzte Dauer der Sprechzeit bei den einzelnen Ärzten.

Tab. VIII: Geschätzte Dauer der Sprechzeit

Dauer der Sprechzeit	Zahl der Hausärzte	Zahl der Nervenärzte	Zahl der Poliklinikärzte	Zahl der Stationsärzte
0 - 5 min.	8	11	0	0
5 - 15 min.	16	11	1	1
16 - 30 min.	1	3	1	0
mehr als 30 min.	0	0	0	0
Summe	25	25	2	1

Dieses Ergebnis - auf einen Nenner gebracht - besagt: Bei über 90 % aller Hausärzte und bei etwa 90 % aller Nervenärzte betrug die Dauer der Sprechstunde nach Schätzung der Patienten bis zu 15 Minuten. Keine einzige Sprechstunde dauerte nach der Schätzung länger als eine halbe Stunde.

Die Dauer der Patient-Arzt-Beziehung nach Angaben der Patienten zeigt die Tabelle IX.

Tab. IX: Dauer der Patient-Arzt-Beziehung

Jahre der Bindung zum selben Arzt	Zahl der konsultierten		
	Hausärzte	Nervenärzte	Poliklinik und Stationsärzte
bis 3	8	20	3
4 - 6	7	1	0
7 - 9	2	1	0
10 - 12	4	1	0
13 - 15	1	1	0
16 und mehr	3	1	0
Summe	25	25	3

Wie wir sehen, ist in der Regel die Beziehung der Patienten zu den Nervenärzten von geringerer Dauer als zu den Hausärzten. Da es überwiegend schizophrene Patienten sind, die die Nervenärzte konsultieren, weist diese Krankheitsgruppe im Vergleich zu den zykllothymen Kranken, die überwiegend bei Hausärzten in Behandlung sind, eine geringere "Bindungsfähigkeit" zum weiterbehandelnden Arzt auf.

In der ambulanten Nachbehandlungsphase wurden bei unseren Patienten Hausbesuche nur von Hausärzten ausgeführt. Bei keinem Patienten erfolge ein "unaufgeforderter" Hausbesuch. Zwei Patienten wurden noch zusätzlich von Sozialarbeitern nach ihrer Klinikentlassung betreut.

Therapieweiterführung durch den niedergelassenen Arzt

Wie steht es nun um die Zusammenarbeit zwischen Klinik und niedergelassenem Arzt in Bezug auf die weitere medikamentöse Behandlung?

In der Regel wird ja von der Klinik ein Therapieschema für den Patienten erstellt, welches im Entlassungsbericht, der dem weiterbehandelnden Arzt zugeschickt wird, "empfohlen" wird. Dieser Bericht enthält ferner noch eine Zusammenfassung über den stationären Verlauf und weist auch auf besondere therapeutische Schwierigkeiten hin. Damit ist dem Arzt, besonders dem psychiatrisch nicht spezialisierten Hausarzt, eine Hilfestellung für die erfolgreiche Fortsetzung der Therapie in die Hände gegeben. Aber auch der niedergelassene Nervenarzt profitiert von dem Wissen der Klinik, welche ja den Patienten über Wochen und Monate hinweg genau kennt und dadurch eine individuell zugeschnittene Therapie erstellen kann.

Wie sieht es nun in der Praxis mit der Fortführung der Therapie aus? Übernehmen die weiterbehandelnden Ärzte die Therapieempfehlung im Entlassungsbericht?

Um diese Frage zu beantworten, haben wir zwei Rubriken gebildet: die erste enthält die Fallzahl, bei der die "Therapie nicht im wesentlichen übernommen" wurde, die zweite zur Kontrolle die Fälle, bei denen die "Therapie im wesentlichen übernommen" wurde.

Bei der Auswertung sind wir etwas großzügig vorgegangen, d. h. wir haben nicht gleich jede kleine Dosisveränderung, die durchaus noch in das Ermessen des Arztes gestellt sein soll, in die erste Rubrik aufgenommen, genau so wenig haben wir bei Veränderungen im Zeitplan der Applikation von Medikamenten einen strengen Maßstab angelegt. Auch nicht mehr erinnerliche Dosierungen und vergessene Medikamentennamen haben wir in die Rubrik "Therapie im wesentlichen übernommen" eingereiht. Dagegen haben wir größere Dosisveränderungen, das Weglassen von Medikamenten oder das Verwenden anderer Medikamente zur Rubrik "Therapie nicht im wesentlichen übernommen" gezählt.

Das Ergebnis dieser Auswertung zeigt die Tabelle X.

Tab. X: Übernahme der Therapieempfehlung durch den
weiterbehandelnden Arzt

Die Therapie wurde	Fallzahl
im wesentlichen nicht übernommen	18
im wesentlichen übernommen	20
Summe	38

(Die Fallzahl 38 Fälle ergibt sich dadurch, daß sich von der Gesamtzahl der 44 nachuntersuchten Fälle sechs Fälle subtrahieren, bei denen keine Therapieempfehlung erfolgte bzw. eine ambulante Therapie nicht stattfand.)

Wir stellen fest, daß bei knapp der Hälfte der Patienten der weiterbehandelnde niedergelassene Arzt die Therapieempfehlung der Nervenlinik in mindestens einem wesentlichen Punkt nicht übernommen hat.

Eine weitere Aufschlüsselung über die Arten der Therapieabweichung von der Therapieempfehlung der Klinik veranschaulicht die Tabelle XI.

Tab. XI: Arten der Therapieveränderungen durch den weiterbehandelnden Arzt

Art der Therapieveränderung	Fallzahl
anderes Medikament verwendet	1
Dosis stark verändert	3
keine Dosisempfehlung an den Patienten weitergegeben	1
Medikament ganz weggelassen oder Zeitplan der Applikation verändert	13
Summe	18

Eine weitere Aufgliederung nach Hausärzten und Nervenärzten ergibt keine weiteren Informationen.

Drei Beispiele sollen die Problematik "Therapie nicht im wesentlichen übernommen" verdeutlichen.

Fall 14, zylothyme Manie:

Die Klinik empfiehlt für den Patienten N., der nun schon zum 11. Male wegen einer Manie stationär behandelt wurde, eine Dauerbehandlung mit dem Lithiumpräparat "Hypnorex" in der Dosierung 1-1-1 1/2 mit dem Hinweis an den Nervenarzt, den Lithiumspiegel regelmäßig zu kontrollieren. Ferner sollte noch mehrere Wochen lang abends zur Sedierung "Neurocil" verordnet werden. Tatsächlich aber wird der Lithiumspiegel vom Nervenarzt kein einziges Mal kontrolliert und die Therapie mit Neurocil unterbleibt ganz. Nach einem halben Jahr kommt bei N. eine leichte hypomanische Schwankung auf, und erst jetzt, als der Patient den Arzt wegen des Lithiumspiegels anspricht, erfolgt eine Kontrolle, welche einen zu niedrigen Wert ergibt. Einige Wochen, nachdem der Nervenarzt den Serumspiegel wieder eingestellt hat, normalisiert sich wieder der Zustand des Patienten.

Fall 32, paranoide Schizophrenie:

In diesem Fall mißlingt die medikamentöse Therapie gänzlich.

Patient S. wird nach einmonatigem Klinikaufenthalt auf eigene Verantwortung vorzeitig entlassen, obwohl sein Gesundheitszustand noch nicht ausreichend stabilisiert erscheint. Er erhält von der Klinik noch ein Fläschchen Haldol mit nach Hause. S. weiß auch vom Stationsarzt, daß die Dosierung von 3 x 40 Tropfen "im Laufe der Zeit" reduziert werden soll. Ein paar Tage nach der Entlassung sucht er den Hausarzt auf und teilt diesem mit, daß nach 14 Tagen wieder ein Kontroll-EEG vom Nervenarzt durchgeführt werden sollte. Über die Medikation wird kein einziges Wort gesprochen. Wie sich später herausstellte, wartete der Hausarzt in den ersten Wochen auf den Entlassungsbericht der Klinik, der aber nur dem Nervenarzt zugesandt worden war. S. führt nun selbständig die Reduzierung der Tropfendosis durch, nachdem ihm der Nervenarzt bei der Wiedervorstellung lediglich den "langsamen Abbau" der Medikamente empfiehlt, ohne sich zeitlich genau festzulegen. Innerhalb von 14 Tagen hat S. die Dosis auf 0 Tropfen reduziert. Gleich darauf treten bei ihm massive Störungen wie unscharfes Sehen, Harnverhaltung, Zittern der Hände und extreme innere Unruhe auf. S. sucht daraufhin den Hausarzt auf. Dieser hatte inzwischen vom Nervenarzt den Entlassungsbericht - nach vier Wochen - zugeschickt bekommen und erhöht nun sofort die Dosierung auf 3 x 25 Tropfen. Im Laufe der nächsten Wochen reduziert nun S. die Tropfenzahl langsam unter Anleitung des Hausarztes. Nach einem Monat verlieren sich wieder alle Beschwerden.

Fall 34, paranoide Schizophrenie:

Der Hausarzt läßt bei Patient S. die empfohlene Akinetondosierung - Therapieanweisung der Klinik: 3 x 1 Tablette Akineton - weg. Einige Wochen später tritt bei S. Zittern

in den Extremitäten auf. Der zur Beratung hinzugezogene Nervenarzt verordnet wieder Akineton, und der Tremor verschwindet.

Informationsstand der Patienten über die verordneten Medikamente

Ein weiterer Punkt unserer Untersuchung beschäftigt sich mit dem Informationsstand unserer Patienten über die verabreichten Psychopharmaka.

Was wissen unsere Patienten über ihre eigenen Medikamente, die sie über Wochen und Monate hinweg einnehmen sollen und deren Einnahme von einem großen Teil auch als psychische Belastung empfunden wird? Sind sie ausreichend über die Indikation informiert, sind sie genügend auf eventuelle Begleiterscheinungen aufmerksam gemacht worden? Wie wir später zeigen können, trägt Unwissenheit zur Gefährdung der Therapie bei.

Um herauszufinden, wie gut die Patienten über die Indikation ihrer Medikamente Bescheid wissen, haben wir einfach formulierte Fragen gestellt, etwa in der Art "Wissen Sie, warum Sie dieses Medikament einnehmen müssen?" oder "Gegen welche Beschwerden soll dieses Medikament helfen?" oder "Wissen Sie, welche seelischen Symptome oder Beschwerden wir durch dieses Medikament behandeln wollen?" Wo es nötig erschien, die Frage verständlich zu machen, haben wir beim selben Patienten verschieden formulierte Fragen gestellt oder an Beispielen erläutert, was mit der Frage gemeint ist. Uns kam es nicht darauf an, als Antwort eine klinische Diagnose oder einen Fachterminus zu erfragen - die meisten schizophrenen Patienten kennen ihre Diagnose nicht -, sondern eine einfache, aber hinreichend genaue Antwort zu erhalten. Von "gut informiert sprachen wir bei denjenigen Antworten, die irgendwie die Unterdrückung der psychotischen Plussymptomatik ansprachen, wie z. B. "Durch Haldol verschwinden die Stimmen" oder "Diese Tabletten nehmen das Verfolgungsgefühl". In die

Kategorie "unzureichend informiert" haben wir auch solche Aussagen eingeordnet wie z. B. "Das Medikament dient zur Beruhigung" oder "Es ist gut für die Nerven". Diese Antworten erschienen uns zu nichtssagend. Wir haben nur die Antworten schizophrener Patienten ausgewertet, da bei depressiven Patienten allzuoft der umfassende Ausdruck "gegen Depressionen" auftauchte, hinter dem sich einiges Nichtwissen verbergen konnte.

• Die Tabelle XII zeigt das Ergebnis.

Tab. XII: Wissensstand der schizophrenen Patienten über die Indikation ihrer Medikamente

Wissensstand	Fallzahl
gut informiert	2
unzureichend informiert	28
Summe	30

Zur näheren Erläuterung, welche Vorstellungen unsere Patienten über die Indikation ihrer Medikamente haben, seien einige Beispiele aufgeführt:

Orap: "für den geistigen Aufbau"

Akineton: "gegen Stimmen"

Imap: "man wird etwas flotter"

Haldol: "die Durchblutung des Gehirns wird besser"

Haldol: "zum Schlafen"

Imap: "man wird ruhiger, gegen Depressionen"

Dihydergot: "weiß ich nicht"

Nicht viel anders sieht das Bild über den Wissensstand der medikamentösen Begleit- und Nebenwirkungen aus, wie aus der Tabelle XIII hervorgeht.

Tab. XIII: Aufklärung über die Begleit- und Nebenwirkungen der Medikamente durch den Arzt

Aufklärungsstand	Fallzahl
aufgeklärt	4
nicht aufgeklärt	40
Summe	44

Von 44 befragten Patienten gaben nur vier Patienten an, von ihren Ärzten über die medikamentösen Begleit- und Nebenwirkungen aufgeklärt worden zu sein. Anders ausgedrückt, 9/10 der Patienten fühlen sich vom Arzt über die Wirkungen der Medikamente nicht aufgeklärt.

Viele Patienten gaben an, ihr Wissen über die Medikamente aus dem beigelegten Zettel der Medikamentenpackung entnommen zu haben oder gelegentlich etwas von den behandelnden Ärzten erfahren zu haben; dies geschah aber meist im Nachhinein, wenn unangenehme Nebenwirkungen bereits aufgetreten waren.

Ein Teil dieser nichtinformierten Patienten brach von sich aus wegen unangenehmer medikamentöser Folgeerscheinungen die Therapie ab, so z. B. Patient W. (Fall 39), weil jeden Tag Schwindel auftrat. Weitere Beispiele sind noch unter dem Punkt "eigenmächtige Therapieveränderungen" aufgeführt.

Wir wollen uns noch einem weiteren Problem zuwenden, das auch mit "Information" zu tun hat und gesundheitliche Risiken für den Patienten birgt. Es ist zweifellos wichtig für den Patienten zu wissen, daß Psychopharmaka die Wirkung von Alkohol, Hypnotika und Analgetika verstärken und dadurch das Unfallrisiko im Beruf oder im Straßenverkehr oder auch im Haushalt beträchtlich erhöhen können. Besonders unkontrollierte einmalige Einnahmen der oben aufgeführten Mittel können zu einer plötzlichen Bewußtseinsstörung führen und schwere Unfälle verursachen. Es ist

deshalb die notwendige Aufgabe des Arztes, schon zu Beginn einer Behandlung seine Patienten darüber voll aufzuklären. Wie sieht es nun hiermit in der Praxis aus? Um den Wissensstand unserer Patienten über die Unverträglichkeit ihrer Medikamente mit anderen Pharmaka oder Genußmitteln zu ermitteln, haben wir die 42 Patienten, die Psychopharmaka verordnet bekamen, befragt, ob sie Arzneimittel oder Genußmittel nennen können, die sich nicht mit ihren verordneten Medikamenten vertragen könnten. Das Ergebnis zeigt die Tabelle XIV.

Tab. XIV: Wissensstand der Patienten über die potenzierende Wirkung von Alkohol und anderen Pharmaka mit Psychopharmaka

informiert über die Unverträglichkeit mit	Zahl der Patienten
Alkohol	18
anderen Medikamenten	1
beidem	1
nicht informiert	22
Summe	42

Demnach zeigt sich etwa die Hälfte der Patienten über die Unverträglichkeit ihrer Medikamente mit dem Genußmittel Alkohol informiert. Aber nur ein einziger Patient wußte Bescheid über die Gefahren einer zusätzlichen Einnahme von Schlaf- oder Schmerzmitteln und nur ein weiterer Patient war sowohl über die Unverträglichkeit mit Alkohol als auch mit Schmerz- und Schlafmitteln im Bilde. Die andere Hälfte der Patienten war sich keines Risikos bewußt.

Wie steht es nun mit dem tatsächlichen Alkoholgenuß und mit der Einnahme von Hypnotika und Analgetika ohne Kon-

trolle des weiterbehandelnden Arztes? Wie aus der Tabelle XV ersichtlich ist, konsumierten 31 Patienten gelegentlich oder regelmäßig Alkohol. Interessant ist dabei, daß unter diesen - meist Biertrinkern - knapp die Hälfte (18 Fälle) über das Alkoholverbot informiert war und sich trotzdem nicht daran hielt. Zehn Patienten schluckten gelegentlich Schmerztabletten, einer Hypnotika. Aus diesen Zahlen ist eine Abhängigkeit zwischen Information und Vermeidung von Risiken durch die Einnahme zusätzlicher Medikamente oder Alkohol herauszulesen, weil, wie aus der Tabelle XIV hervorgeht, die meisten Patienten (40 von 42 Patienten) nicht um die Unverträglichkeit von Analgetika und Hypnotika mit Psychopharmaka wußten. Es ist aber auch nicht zu übersehen, daß sich ein großer Teil bewußt über die Mahnungen des Arztes hinwegsetzt, besonders was das Alkoholverbot anbelangt.

Tab. XV: Zahl der Patienten, die Alkohol, Analgetika und Hypnotika zusätzlich zu den eigenen Medikamenten einnehmen

Einnahme von	Fallzahl
Alkohol	31
Analgetika	10
Hypnotika	1
Summe	42

Therapiekomplicationen

Fast jede psychiatrische Pharmakotherapie ist verbunden mit körperlichen und seelischen Begleiterscheinungen. Die Tab. XVI zeigt die Häufigkeit der verschiedenen medikamentösen Begleiterscheinungen bei unseren Patienten.

Tab. XVI: Häufigkeit der medikamentösen Begleiterscheinungen (Symptomenliste modifiziert nach PÖLDINGER 1975)

Somatische Begleiterscheinungen		Fallzahl
Neurologische	Tremor	12
	Parkinsonsyndrom	3
	Dyskinesien	3
	Akathasie	5
Vegetative	Akkomodationsstörungen	7
	Schwindel	7
	Harnverhaltung	3
	Müdigkeit	12
	Nausea	2
	Mundtrockenheit	9
	Schwitzen	3
	Potenzstörungen	2
	Diarrhoe	2
	Obstipation	2
	Tachykardie	2
Andere	Struma	1
Psychische Begleiterscheinungen		
	Erregung/Unruhe	2
	Konzentrationschwäche	3

Von unseren 42 Patienten, die nach ihrer Entlassung medikamentös weiterbehandelt wurden, wurde bei 34, das sind ca. 80 %, mindestens eine "Nebenwirkung", meistens waren es gleich mehrere, festgestellt. Sämtliche neurologischen Symptome stammen - mit Ausnahme eines Lithiumpräparats - von neuroleptischen Präparaten. Die anderen Symptome verteilen sich auf Thymoleptika und Neuroleptika.

Von den Patienten mit "Nebenwirkungen" haben 13 vermutet, daß sich ihre Beschwerden auf die Psychopharmaka zurückführen lassen. Diese Vermutung basierte in den meisten Fällen auf eigenen Rückschlüssen, weil eben nach der Einnahme dieser Medikamente die unangenehmen Wirkungen auftraten, die vorher - auch während des akuten Krankheitszustandes - unbekannt waren. In vielen Fällen stützte der beigelegte Zettel der Präparatepackungen diese Vermutung. Es gab auch falsche Vermutungen; so z. B. wurde in zwei Fällen das "Akineton" als Ursache der Beschwerden angesehen. 13 Patienten wußten überhaupt nicht, daß die gesundheitlichen Störungen durch ihre Medikamente bedingt waren. Dieses Ergebnis überrascht nicht, wenn man bedenkt, daß 90% unserer Patienten, wie oben bereits ausgeführt, ungenügend über mögliche medikamentöse Komplikationen unterrichtet waren. Im nächsten Abschnitt wird deutlich, welche Konsequenzen sich aus den "Nebenwirkungen" auf die Therapiefortführung ergeben.

Eigenmächtige Therapieveränderungen

Eigenmächtige Therapieveränderungen durch die Patienten stellen ein altbekanntes Problem in der somatischen Medizin dar. Wie vielfach bereits in der psychiatrischen Literatur vermutet wird, spielen auch eigenmächtige Therapieveränderungen in der Nachbehandlung bei endogenen Psychosen eine wesentliche Rolle. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, daß in diesen von den Patienten selbst durchgeführten Therapieabänderungen eine der Wurzeln für das Scheitern der ambulanten Pharmakotherapie zu suchen sei.

Bei der Befragung unserer Patienten nach eigenmächtigen Therapieänderungen kamen wir zu folgendem Ergebnis: Von 43 Patienten, denen eine medikamentöse Therapie empfohlen wurde, haben 20, also knapp die Hälfte, die Therapie eigenmächtig verändert, abgebrochen oder gar nicht angetreten.

Nicht mitgerechnet sind diejenigen Patienten, welche gelegentlich vergessen haben, ihre Medikamente einzunehmen. Würde man aber diese Fälle noch in die Rechnung mit einbeziehen, so hätten 33 Patienten von 43 die Therapieanweisung des Arztes nicht exakt befolgt.

Tab. XVII: Häufigkeit der eigenmächtigen Therapieveränderungen

Therapieanweisung	Zahl der Patienten
eigenmächtig verändert	20
befolgt	23
Summe	43

Die bewußte eigenmächtige Therapieveränderung kann nun auf verschiedene Arten erfolgen: Abbruch der Therapie, überhaupt keine Therapie eingehen, Dosisreduzierung, Dosiserhöhung und Änderung des Zeitplanes in der Applikation der Medikamente. Wir haben nach diesen Gesichtspunkten in der Tabelle XVIII die Fälle noch weiter aufgeschlüsselt. Da manche Patienten oft mehr als eine Art der Therapieveränderung vorgenommen haben, ist die Zahl der Häufigkeit der Therapieabweichung höher als die Zahl der Patienten, die die Therapieanweisung nicht befolgten.

Tab. XVIII: Häufigkeit der verschiedenen Arten der eigenmächtigen Therapieveränderungen

Arten der Therapieveränderung	Häufigkeit
Therapie nicht aufgenommen	1
Abbruch der Therapie	4
Dosisreduzierung	2
Dosiserhöhung	4
Änderung der Einnahmezeiten	4
Absetzen eines einzelnen Medikaments	4
zeitweises Aussetzen der Therapie	8

An der Spitze der eigenmächtigen Therapieveränderungen steht das zeitweise Aussetzen der Einnahme der verordneten Medikamente.

Im ganzen gesehen ist aus der obigen Zusammenstellung eine deutliche Tendenz erkennbar: die "Flucht vor den Medikamenten" in 6/7 der Fälle; nur in 1/7 der Fälle bei den Dosiserhöhungen könnte man von einer "Zuflucht zu den Medikamenten" sprechen. Dies stimmt auch mit unseren Erfahrungen aus den Gesprächen mit den Patienten überein, als wir fast immer wieder gefragt wurden, ob man eines Tages auch ganz auf die Medikamente verzichten könne.

Hinter den eigenmächtigen Therapieveränderungen stehen persönliche Motive. Wir haben sie in der nächsten Tabelle herausgearbeitet.

Tab. XIX: Gründe zur eigenmächtigen Therapieveränderung

Therapie verändert wegen	Häufigkeit
Nebenwirkungen der Medikamente	5
als "Vorsichtsmaßnahme" bei geplantem Alkoholgenuß	3
gesundheitlichen Wohlbefindens	3
als Selbsthilfe bei Verschlechterung des Wohlbefindens	3
Wunsch, ohne Medikamente auszukommen	2
Bequemlichkeit bei Reisen oder Urlaub	2
"einfach aus Bequemlichkeit"	1
als "Vorsichtsausnahme bei längeren Autofahrten"	1
beruflicher Arbeitszeitverschiebung	1
andere bzw. unbekannte Gründe	3

Nach den Antworten der Patienten auf die Frage nach dem Grund der eigenmächtigen Therapieveränderung konnten wir 10 Kategorien bilden. Dabei erwiesen sich die Nebenwirkungen der Psychopharmaka als einer der Hauptgründe, weswegen die Therapieanordnung des Arztes eigenmächtig durch die Patienten verändert wurde.

Untersuchen wir die Gründe näher und bringen sie in Beziehung zu den Arten der Therapieänderung, so stellen wir fest:

In der ersten Kategorie "Therapie verändert wegen Nebenwirkungen der Medikamente" haben zwei von fünf Patienten die Therapie ganz abgebrochen! Der erste wegen andauernder Obstipation, der zweite, weil er wegen Zitterns der Hände keine Schreibarbeiten mehr als Postangestellter ausführen konnte. Im letzteren Falle war zwar der Haus-

arzt über den Tremor informiert, doch der Patient brach von selbst die Therapie ab, als sich nicht sofort nach ärztlichen Gegenmaßnahmen eine Besserung einstellte. Zwei Fälle in der ersten Kategorie können wir als Beispiele dafür anführen, daß mangelnde Information über die Nebenwirkungen der Medikamente zu eigenmächtigen Therapieveränderungen führen kann, die wiederum eine Psychose auslösen können. Beide Patienten fürchteten, von ihren Medikamenten krank zu werden:

Fall 39, paranoide Schizophrenie:

Bei Patient W. trat nach Einnahme von "Orap" und "Akineton" jedesmal starker Schwindel auf. Auch andere massive vegetative Erscheinungen wie Sehstörungen und hartnäckige Verstopfung führte W. auf seine Medikamente zurück. Aus Angst davor, durch die Tabletten noch kranker zu werden, ließ er sie immer wieder für einige Wochen weg. Als W. zur Nachuntersuchung kam, waren wieder starke psychotische Symptome vorhanden, die den Patienten so plagten, daß er gleich um seine stationäre Aufnahme bat.

Fall 44, chronische Schizophrenie:

Auch in diesem Fall fürchtete Patient T., durch die verordneten Medikamente noch kranker zu werden. Bei ihm stellten sich immer wieder nach Einnahme von "Orap" Mundtrockenheit, Harnverhaltung, Herzklopfen, Brechreiz und Müdigkeit ein, zudem bemerkte er ein Zittern seiner Hände und Beine. Um diese quälenden Erscheinungen abzustellen, nahm T. keine Tabletten mehr ein oder reduzierte nach eigenem Gutdünken die Dosis.

Bei der Nachuntersuchung stellten wir bei T. wieder voll ausgeprägte Wahnsymptome fest, von denen er sich bei seiner Klinikentlassung zum Teil distanziert hatte.

Beide Patienten hatten mit ihren Ärzten nicht über ihre Beschwerden gesprochen, sie wurden aber auch nicht nach möglichen Nebenwirkungen der verordneten Medikamente befragt.

Der letzte Patient der ersten Kategorie, der wegen medikamentöser Nebenwirkungen die Therapie eigenmächtig änderte, ein Biologiestudent R., führte seine Beschwerden wie Nackensteifigkeit, Schiefhalsstellung und Krämpfe der Hals-, Rücken- und Beinmuskeln sofort auf "Semap" zurück. Als diese Symptome auftraten, rief er sofort seinen Hausarzt an und bekam Akineton verordnet. Aber als die Beschwerden sich nicht gleich am nächsten Tag legten, beschloß "die ganze Familie", die Dosis zu reduzieren.

Bei R. sind bei der Nachuntersuchung keine psychotischen Symptome nachweisbar.

Die Kategorie "Veränderung der Therapie wegen geplantem Alkoholgenuß" weist eine einheitliche Art der Therapieveränderung auf. Alle drei Patienten haben nämlich zeitlich begrenzt ihre Medikamente nicht mehr eingenommen, wenn sie Alkohol trinken wollten. Diese "Abstinenz" der Medikamente rührte von dem Wissen über die Unverträglichkeit mit Alkohol her und wurde meistens am Wochenende ausgeübt. Bei einem Patienten, Fall 27, paranoide Schizophrenie, ist möglicherweise bei der Nachuntersuchung ein Hinweis auf einen aufkommenden schizophrenen Schub zu finden. Der Elektrotechniker I. trägt sich mit dem Gedanken, ein Buch über Menschenverbesserung zu schreiben. Er hat vor ein paar Monaten schon einen Schreibversuch unternommen.

Von den drei Patienten, die, "weil sie sich gesundheitlich wohl fühlten", die Therapie beendeten, bzw. ein Medikament wegließen, ist ein Patient wieder stationär aufgenommen worden. Doch ein Zusammenhang zwischen Therapieveränderung und stationärer Aufnahme ist auszuschließen, da nur das Antiparkinsonmittel eigenmächtig weggelassen wurde.

Drei Patienten der Kategorie "Dosiserhöhung" hatten wegen einer Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlbefindens selbständig die Dosierung ihrer Medikamente erhöht.

Fall 14, eine zylothyme Manie, erhöhte selbständig die Dosis seines Lithiumpräparates, als er eine leichte hypomanische Schwankung bei sich registrierte. Er vermutete bei sich einen zu niedrigen Lithiumspiegel, weil dieser niemals von seinem Nervenarzt kontrolliert wurde. Eine erbetene Kontrolle bestätigte diesen Verdacht, und durch eine anschließende gezielte Dosiserhöhung konnte die hypomanische Schwankung abgefangen werden.

Der "Wunsch, ohne Medikamente auszukommen", war für zwei Patienten Anlaß, die Therapie zeitweilig zu unterbrechen. Ein Patient ist inzwischen wieder stationär im Bezirkskrankenhaus aufgenommen worden. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, daß wir bei den meisten Patienten im zwanglosen, ungezielten Gespräch den starken Wunsch nach einem Leben frei von Medikamenten verspüren konnten. Dieser Wunsch, wieder ganz frei und normal leben zu können, mag vielleicht eines der Hauptmotive sein, weswegen so oft die Therapie eigenmächtig abgeändert wurde. Er mag auch den nächsten beiden Kategorien zugrunde liegen, wenn auf Reisen oder im Urlaub oder ganz einfach "aus Bequemlichkeit" auf die regelmäßige Einnahme der Medikamente verzichtet wurde.

Zum Verlauf der medizinischen Betreuung seien noch zwei Punkte gestreift. Die Therapieanweisung über Menge und Zeitpunkt der Tabletteneinnahme erfolgte in allen Fällen mündlich. Kein einziger Patient hatte Schwierigkeiten, sich den Einnahmemodus zu merken. Eine Selbstmedikation zusätzlich zu den verordneten Psychopharmaka erfolgte nur in drei Fällen, bei zwei Patienten mit rezeptfreien, "nervenstärkenden" Präparaten; der dritte therapierte sich noch zusätzlich mit einem Tranquilizer aus einem Restbestand einer früheren Behandlung.

Zusammenhang zwischen eigenmächtigen bzw. ärztlichen
Therapieveränderungen und Wiedererkrankungshäufigkeit

Um die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen eigenmächtiger und ärztlicher Therapieveränderungen gegenüber der von der Klinik empfohlenen Therapie zu beantworten, verglichen wir die Häufigkeit eigenmächtiger bzw. ärztlicher Therapieveränderungen der Gruppe der Patienten, die wiedererkrankten, mit jener Gruppe von Patienten, bei denen sich seit der Klinikentlassung keine gesundheitlichen Verschlechterungen feststellen ließen. Die erste Gruppe setzte sich aus 8 Personen zusammen. Von diesen 8 Patienten hatten alle 8 eigenmächtige Therapieveränderungen durchgeführt, d. h. auf einen Patienten kam im Durchschnitt eine Therapieveränderung. Im Vergleich dazu wurde bei den restlichen 35 gesunden Patienten zwölfmal die Therapie eigenmächtig verändert, also pro Patient im Durchschnitt 0,37-mal. Somit wies ein Patient der ersten Gruppe im Durchschnitt etwa dreimal häufiger eine eigenmächtige Therapieveränderung auf.

Bei den ärztlichen Therapieabweichungen wurde bei 5 von 8 Patienten der ersten Gruppe die klinikempfohlene Therapie abgeändert, also 0,62-mal pro Patient. Von den restlichen 35 gesunden Patienten mit 10 ärztlichen Therapieabänderungen fiel auf einen Patienten durchschnittlich 0,33 Therapieabweichungen. Anders ausgedrückt heißt dies, daß die Patienten, die wiedererkrankten, doppelt so häufig ärztliche Therapieabweichungen aufwiesen als die gesunden Patienten.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufung der eigenmächtigen (ET) und ärztlichen Therapieveränderungen (ÄT) von der klinikempfohlene Therapie bei den 8 Patienten, bei denen sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine gesundheitliche Verschlechterung nachweisen ließ bzw. die bereits wieder stationär aufgenommen waren.

Tab. XX:

ll-rr	ET	ÄT
6		
13		
24		
27		
28		
30		
39		
44		

-Schwarz ausgefüllte Rechtecke stellen eigenmächtige (ET) oder ärztliche Therapieveränderungen (ÄT) dar.

Verhältnis des Patienten zum weiterbehandelnden Arzt aus der Sicht des Patienten

Das erste Kapitel behandelte die medikamentöse Therapie. Der technische Ablauf mit seinen Schwierigkeiten stand im Vordergrund der Problematik; wenn menschliche Gründe für bestimmte Verhaltensweisen angesprochen wurden, so wurde in der Betrachtung nur die Beziehung des Einzelnen, des Arztes oder des Patienten, zu einem bestimmten Sachverhalt, zum Beispiel die medikamentösen Nebenwirkungen, beleuchtet. Der zwischenmenschliche Bereich mit seinen Konsequenzen für die Weiterführung der Behandlung wurde noch ausgeklammert.

In diesem Kapitel greifen wir nun einige wenige Punkte in der Arzt-Patient-Beziehung auf, welche die Gefahr des Scheiterns der ambulanten Nachbehandlung in sich bergen. Wir sind der Meinung wie ENKE, ENKE-FERCHLAND, MAHLZAHN, POHLMEIER, SPEIERER und TROSCHKE (1973), "daß die Bedeutsamkeit die-

ses Kommunikationsprozesses für die Erstellung von Diagnose und Therapie nicht zu unterschätzen ist".

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für das Gelingen der Therapie wurde bereits von TROSCHKE (1972) nachgewiesen, als er zeigen konnte, daß ein signifikanter Zusammenhang bei untersuchten Kurpatienten zwischen Arzt-Patient-Beziehung und Therapieerfolg vorhanden war.

Wir haben uns die bescheidene Aufgabe gestellt, einige Hinweise dafür geben zu können, daß gerade diese Problematik für die Nachbehandlung bei endogenen Psychosen von Wichtigkeit ist. Dabei sind wir von der Vorstellung der genannten Autoren ausgegangen, daß die Interaktionen der Kommunikationspartner im wesentlichen bestimmt sind durch Bedürfnisse und Erwartungen aneinander, die sich gliedern lassen in

- rollenspezifische Bedürfnisse (als Arzt oder als Patient, oder als Mann usw.)
- personenspezifische Bedürfnisse (als 20-jähriger junger Mann mit einer bestimmten Lebensgeschichte, als Angehöriger einer bestimmten Schicht mit einer bestimmten politischen Meinung usw.)
- situationsspezifische Bedürfnisse (Müdigkeit, Durst usw.)

Am relevantesten erscheinen uns die rollenspezifischen Bedürfnisse für unsere kurze Betrachtung. Durch den begrenzten Rahmen unserer Arbeit haben wir uns nur mit den rollenspezifischen Bedürfnissen des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt beschäftigen können, die umgekehrte Betrachtung, nämlich die Erwartungen des Arztes an den Patienten, mußten wir unberücksichtigt lassen.

Bei der Gliederung für die rollenspezifischen Bedürfnisse haben wir uns wieder an die bereits erwähnten Autoren angelehnt, so daß wir nach folgender Einteilung vorgegangen sind:

- die Bedürfnisse des Patienten nach emotionaler Zuwendung
- die Bedürfnisse des Patienten nach Information
- die ökonomischen Bedürfnisse des Patienten.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, an einigen Beispielen aufzeigen zu können, daß nicht befriedigte Bedürfnisse eine Gefährdung der Therapie darstellen.

Emotionales Bedürfnis

Um den Begriff "emotionales Bedürfnis" besser fassen zu können, haben wir Merkmale gesucht, die den Wunsch des Patienten nach mehr und besserer Umsorgung charakterisieren. Unter diesem Aspekt haben wir in der folgenden Aufstellung die nicht erfüllten Erwartungen der Patienten an den behandelnden Arzt eingeteilt, wobei die 43 Patienten, die sich in medizinischer Nachbetreuung befanden, einen, zwei oder mehrere kritische Punkte nannten.

Tab. XXI: Nicht erfüllte Erwartungen der Patienten an den weiterbehandelnden Arzt

Nicht erfüllte Erwartungen	Häufigkeit der Versagungen
Die Sprechzeit sollte länger sein	13
Es sollte mehr über persönliche Probleme gesprochen werden	14
Die Untersuchung sollte gründlicher sein	13
Es sollten bessere Medikamente verordnet werden	5
Die Behandlung sollte persönlicher sein	3
Der Arzt sollte fachlich qualifizierter sein	4
Andere Erwartungen	2

Es sei noch einmal bemerkt, daß diese Zahlen nur die Empfindungen unserer Patienten spiegeln, die sie ihren Ärzten gegenüber haben. Daß der behandelnde Arzt ob-

ektiv natürlich andere Eigenschaften haben kann, ist selbstverständlich. Entscheidend für unsere Betrachtung ist jedoch, daß sich der Patient frustriert fühlt, unabhängig davon, ob ein objektiver Grund im Verhalten des Arztes vorhanden ist oder nicht.

Insgesamt gesehen, haben von unseren 43 Patienten 25 mindestens eine der oben aufgeführten Erwartungen versagt gesehen, 13 der Patienten waren entweder mit ihrem Arzt zufrieden oder äußerten aus krankheitsspezifischen Gründen keine Kritik.

Am häufigsten versagt blieb der Wunsch, mehr über persönliche Probleme zu sprechen; 14 Patienten bemängelten dies. Je 13 Patienten waren mit der Länge der Sprechzeit oder der Gründlichkeit der Untersuchung nicht zufrieden. Nur 5 Patienten dagegen wollten bessere Medikamente verordnet haben, 4 wünschten sich einen fachlich qualifizierten Arzt.

Wie die Patienten die ärztliche Betreuung einschätzten, zeigen beispielhaft folgende Antworten auf die Frage, ob sich der Hausarzt oder Nervenarzt genügend um sie kümmere: Patient K.: "Die Frau Doktor ist sehr besorgt um mich. Sie überweist mich gleich zum Nervenarzt ... Sie ist freundlich und spricht mir Mut zu."

Patient D.: "Nein, der Mann kommt doch nicht nach mit seinen Patienten."

Patient W.: "Was versteht so ein Arzt, wenn irgend etwas besonderes ist, schickt er mich doch weg. Wenn ich Depressionen habe, gehe ich direkt nach Erlangen. Hier wird mir geholfen. Ich will nicht, daß sich der Hausarzt um mich kümmert. Ich will Ihnen ehrlich sagen, ich habe, was den Hausarzt betrifft, überhaupt keine Wünsche, er hat sich überhaupt nicht um mein Zeug gekümmert."

Patient M.: "Gut wäre es, wenn der Hausarzt das bekäme (gemeint sind die Aufzeichnungen des Referenten), damit die sich kümmern um die Leut'. Was hab' ich schon von ihm gehabt? Einen Krankenschein hingbracht und Tabletten bekommen."

Bedürfnis nach Information

Um festzustellen, in welchem Ausmaß das Bedürfnis der Patienten nach Information von ihrem weiterbehandelnden Arzt befriedigt wurde oder nicht, stellten wir die Frage "Bekommen Sie von Ihrem Arzt auf alle Fragen eine ausreichende Antwort?". Dabei gaben 10 von 43 Patienten an, keine ausreichenden Antworten zu erhalten. Zwei Patienten gehörten zur "Gruppe der Zykllothymen" (14 P.), die anderen acht zur "Gruppe der Schizophrenen einschließlich der atypischen Psychosen" (19 P.).

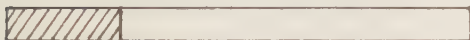


Abb. 6: Verhältnis von nicht befriedigtem Informationsbedürfnis (schraffiert dargestellt) zu erfülltem Informationsbedürfnis

Befragt nach den Gründen der mangelnden Informationsbereitschaft der Ärzte, ließen sich nach den Aussagen der 10 Patienten vier Kategorien bilden, die in Tab. XXII zusammengefaßt sind. Die Antworten der Patienten erfolgten "frei", d. h. ohne vorgegebene Auswahlmöglichkeit.

Tab. XXII: Gründe der mangelnden Informationsbereitschaft der Ärzte nach Ansicht der Patienten

Gründe	Zahl d. P.
Unwissen	5
"Um keine Angst zu machen"	3
Arroganz	1
keine Meinung	1
Summe	10

Ökonomisches Bedürfnis

Unter ökonomischem Bedürfnis verstanden wir den Umstand, daß sich Patienten in irgend einer Weise von ihrem Arzt einen materiellen Vorteil verschaffen wollten. In unserer Auswertung sahen wir das ökonomische Bedürfnis als nicht befriedigt an, wenn der Patient

1. länger "arbeitsunfähig" sein wollte, als ihn der Arzt tatsächlich "arbeitsunfähig geschrieben" hat und der Patient seinen Arzt erfolglos um eine "Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit" bat,
2. berentet werden wollte und wenn er sich trotz Vorbringens seines Wunsches nicht vom Arzt genügend unterstützt fühlte.

Entsprechend den beiden Kriterien befragten wir unsere Patienten konkret und kamen dabei zu folgendem Ergebnis: Drei Patienten blieb der Wunsch versagt, "länger arbeitsunfähig geschrieben" zu werden; einer davon gehörte der "Gruppe der zyklotyphen Kranken" an. Drei Patienten wollten berentet werden, fühlten aber ihren Wunsch nicht genügend von ihrem Arzt berücksichtigt. Diese drei Patienten gehörten der "Gruppe der Schizophrenen einschließlich der atypischen Psychosen" an.

Insgesamt wurde somit das ökonomische Bedürfnis bei sechs von 43 Patienten nicht befriedigt.

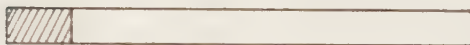


Abb. 7: Verhältnis ökonomisch nicht befriedigter Patienten (schraffiert dargestellt) zu ökonomisch zufriedengestellter Patienten.

Beziehung zwischen Therapieerfolg und der Erfüllung rollenspezifischer Erwartungen der Patienten

Die eigentliche Frage des II. Kapitels lautete: "Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen therapeutischem Erfolg und nichterfüllten bzw. erfüllten rollenspezifischen Erwartungen der Patienten an ihren Arzt?"

Um diese Frage zu beantworten, verglichen wir die Häufigkeit der frustrierten rollenspezifischen Bedürfnisse der Gruppe der Patienten, bei denen sich im Vergleich zur Klinikentlassung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen ließ mit jener Gruppe von Patienten, bei denen bei der Nachuntersuchung keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt werden konnte. Die erste Gruppe setzte sich aus den 8 Patienten zusammen, die, wie im letzten Abschnitt des I. Kapitels "eigenmächtige Therapieveränderungen" erwähnt, wegen psychotischer Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung stationär aufgenommen waren oder Hinweise auf eine beginnende Psychose boten, wie sie zum Entlassungszeitpunkt aus der Klinik noch nicht bestanden.

Davon ausgehend, daß jeder Patient in seinem emotionalen, informatorischen und ökonomischen Bedürfnis, also dreimal frustriert werden konnte, ergab sich bei der Gegenüberstellung beider Gruppen, daß bei der ersten Gruppe der 8 Patienten zwölfmal eine rollenspezifische Erwartung versagt blieb, sich jeder Patient also durchschnittlich eineinhalbmals frustriert fühlte, bei der anderen Gruppe von 35 Patienten hingegen 26-mal eine rollenspezifische Erwartung an den Arzt versagt blieb, sich also dort jeder Patient nur durchschnittlich 0,74-mal frustriert fühlen mußte. Anders ausgedrückt heißt das:

Denjenigen Patienten, bei denen wir bei der Nachunter-

suchung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachwiesen, wurde doppelt häufig eine rollenspezifische Erwartung an den Arzt versagt als den Patienten ohne nachweisbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Tab. XXIII: Häufigkeit der frustrierten rollenspezifischen Bedürfnisse der 8 Patienten, bei denen sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachweisen ließ. Die versagten Bedürfnisse sind schwarz dargestellt

Fall-Nr.	emot.B.	inform.B.	Ökon.B.
6			
13			
24			
27			
28			
30			
39			
44			

C) Soziale Rehabilitation mit Komplikationen

Zu dem großen Aufgabengebiet der Nachbetreuung psychisch Kranker gehört selbstverständlich als zweite Säule neben der medizinischen Weiterversorgung auch die soziale Hilfestellung dazu. Mit ihrer Unterstützung soll dem Patienten der Rückweg in seinen jeweiligen Lebenskreis geebnet werden.

Inwieweit ist nun unseren Patienten die soziale Wiedereingliederung gelungen? Wo lagen Schwierigkeiten und was sind die Gründe dafür?

Wir haben drei Problembereiche gebildet:

1. die Rückgliederung in Beruf
2. die Rückgliederung in die Familie
3. die Rückgliederung in die menschliche Gemeinschaft außerhalb der Familie

Herausgestellt werden im folgenden die Probleme, die seit der letzten Entlassung aus der Klinik bis zum Tage der Nachuntersuchung aufgetreten sind.

Gruppe der Zykllothymen

Ihr gehören 14 Patienten an (Fall 1 - 14). 12 Patienten (Fall 1 - 12) lassen sich der monopolen Verlaufsform mit ausschließlich depressiven Phasen, zwei (Fall 13 - 14) der bipolaren Verlaufsform mit letzter Entlassungsdiagnose "zykllothyme Manie" zuordnen.

In Tabelle XXIV ist die Häufung sozialer Komplikationen bei den einzelnen Patienten dargestellt.

Tab. XXIV: Übersicht über die Häufung sozialer Komplikationen (schwarz eingezeichnet) bei der Gruppe der zykllothymen Patienten
B = berufliche Schwierigkeiten,
F = familiäre Schwierigkeiten,
M = mitmenschliche Schwierigkeiten

Fall-Nr.	Komplikationen		
	B	F	M
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Monopolar-depressive Zykllothymiegruppe (Fall 1 - 12):

Die Nachuntersuchung ergab, daß sich 9 Patienten wieder reibungslos in ihre Umwelt eingliedern konnten. 3 Patienten hatten mit beruflichen Schwierigkeiten seit

ihrer Klinikentlassung zu kämpfen. Diese Fälle seien im folgenden näher beschrieben.

Fall 4:

Patient W., 34 Jahre alt, schon fünfmal wegen zylothymen Depression in stationärer Behandlung, konnte seine Ausbildung als kaufmännischer Angestellter erfolgreich abschließen und war zuletzt mit guten beruflichen Aussichten bei einem großen Kaufhauskonzern beschäftigt. Kurz vor dem Ausbruch seiner letzten depressiven Phase bot sich ihm sogar die Chance, beruflich weiter aufzusteigen. Die Stelle eines Abteilungsleiters wurde offen, und W. kam in die engere Wahl der Bewerber. Wenige Tage später mußte sich W. aber wegen Auftretens einer depressiven Phase in stationäre Behandlung begeben. Noch während des Klinikaufenthalts kündigte ihm die Firma seinen Arbeitsplatz; dies wurde mit der "wirtschaftlichen Situation der Firma" begründet. Nach der Entlassung aus der Klinik wurde W. vom Hausarzt "arbeitsunfähig geschrieben", anschließend war er 10 Monate arbeitslos. Schließlich nahm er an einem Umschulungslehrgang vom Arbeitsamt teil, der ihn zum "Wirtschaftsassistenten" ausbilden sollte. Dieser Lehrgang lief zur Zeit der Nachuntersuchung noch. Über seine weitere berufliche Zukunft hatte W. keine konkreten Vorstellungen. Zur existentiellen Absicherung wollte W. während des Umschulungslehrganges die Versicherungssumme seiner Lebensversicherung erhöhen. Doch die Versicherungsagentur lehnte ab mit dem Hinweis auf seine Erkrankungen.

Fall 6:

Patient K., 46 Jahre alt, verheiratet und Familienvater, war schon viermal wegen Depressionen in stationärer Behandlung. Zur Zeit der Nachuntersuchung befand er sich gerade wieder in stationärer Behandlung wegen einer tiefen Depression. Seit seiner vorletzten Entlassung im Jahre 1968 bezieht er Berufsunfähigkeitsrente, zuletzt in

Höhe von 448 DM monatlich. Im April 1975 wurde K. aus seiner Firma entlassen, bei der er Installationsarbeiten ausführte, weil diese in Konkurs ging. Sofort darauf machte sich bei K. ein Stimmungstief bemerkbar, weswegen ihn sein Hausarzt "arbeitsunfähig schrieb". Vier Monate später bildete sich eine depressive Phase aus, welche stationär behandelt werden mußte. Einen Monat nach seiner Entlassung trat K. eine neue Stelle als Bauarbeiter bei einer Baufirma an. Dort arbeitete er ein halbes Jahr lang, bis er vor vier Wochen entlassen wurde, nachdem er bei einer häuslichen Arbeit von der Leiter stürzte, sich einige Tage zuhause kurierte und erst mit einwöchiger Verspätung die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Firma zusandte. Sofort stellte sich bei K. wieder eine depressive Verstimmung ein. Bei einem Arbeitsamtsbesuch kollabierte er und wurde für kurze Zeit im Heimatkrankenhaus stationär behandelt. Wenige Wochen später geriet er in eine tiefe Depression. Sein Hausarzt wies ihn zur stationären Behandlung in die Universitätsnervenklinik ein, wo er sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung befand.

Fall 10:

Patient L., 34 Jahre alt, verheiratet und ohne Kinder, ist von Beruf Diplom-Mathematiker und bei einer Bundesbehörde angestellt. Sein Ziel ist, Beamter bei dieser Behörde zu werden, da nur Beamten das Aufrücken in höhere Positionen vorbehalten ist. L. legte die dazu notwendigen Kurse bereits mit Erfolg ab, doch dann erkrankte er zum zweiten Mal innerhalb von zwei Jahren an einer zylothymen Depression und mußte stationär behandelt werden. Als L. wieder aus dem Krankenhaus entlassen wurde, verweigerte man ihm die Verbeamtung unter Hinweis auf seine Erkrankung. L. strebte daraufhin ein Fachgutachten an. Nachdem ein ärztliches Gutachten erstellt war, hob die Behörde die Ablehnung der Verbeamtung auf und setzte an ihre Stelle eine dreijährige Wartezeit, an deren Ende sich L. noch einer ärztlich-psychologischen Prüfung unterziehen muß. L.

befand sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch in dieser Wartezeit.

Beim Vergleich dieser drei unterschiedlichen Fälle fällt dennoch eine Gemeinsamkeit deutlich auf: die enge Beziehung zwischen Krankheit und beruflicher Tätigkeit. Bei den Patienten W. und L. ist der stationäre Aufenthalt zur Behandlung der zylothymen Depression mit erheblichen beruflichen Nachteilen verbunden, die das Ausmaß einer existentiellen Bedrohung annehmen; bei Patient K. dagegen scheint sich - in umgekehrter Richtung - beruflicher Mißerfolg auf die Gesundheit auszuwirken. Zweimal hintereinander, im Anschluß an eine Entlassung, gerät er in eine depressive Phase und muß stationär behandelt werden.

Bipolare Zylothymiegruppe (Fall 13 - 14):

Wir haben zwei Patienten nachuntersucht. Beide sind vorwiegend an einer Manie erkrankt, und die letzte Entlassungsdiagnose hieß "Zylothyme Manie". Bei beiden Patienten ist bereits im Krankenblatt eine erhebliche soziale Unordnung nachzuweisen, die sich ohne Zweifel auf die hohe Erkrankungshäufigkeit zurückführen läßt.

Fall 14:

Patient N., 35 Jahre alt, unverheiratet und ohne Beruf, befand sich schon 11 Mal wegen einer zylothymen Manie in stationärer Behandlung.

Das Abitur schaffte N. noch ohne Schwierigkeiten. Gleich danach aber begannen schon die ersten Komplikationen. Aus Unlust brach er sein Studium der Mathematik und Physik nach wenigen Semestern ab und wechselte auf die pädagogische Hochschule über. Dort fiel er im Examen durch und erkrankte schließlich an zylothymen Manie. Nach seiner Gesundung wiederholte er das Examen nicht mehr, sondern betätigte sich als Erzieher in einem Schülerheim. Nach wenigen Monaten gab er auch diese Stelle auf und arbeitete als kaufmännischer Angestellter bei ver-

schiedenen Firmen. Teils wechselte er seine Arbeitsstellen aus Unlust, teils weil er bei seinen Vorgesetzten aneckte, daraufhin selbst kündigte oder entlassen wurde. Zwischen-
durch, seit 1961 bis 1975, mußte sich N. 11 Mal wegen depressiver oder manischer Phasen in stationäre Behandlung begeben. In dieser Zeit verübte er auch zwei Suizidversuche, konnte aber noch rechtzeitig gerettet werden. Vor seiner letzten Erkrankung im Frühjahr 1975 belegte N. einen kaufmännischen Grundkurs, den er aber wegen einer erneuten halbjährigen Manie unterbrechen mußte. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung lebte N. von einem Arbeitslosenhilfegeld von 450 DM monatlich und wartete darauf, im Herbst seinen unterbrochenen Kursus beim Arbeitsamt fortsetzen zu können. In seiner Situation fühlte sich N., wie er es ausdrückte, "auf Sozialhilfeniveau abgesackt" und befürchtete, für die Zukunft weitere berufliche Nachteile zu erleiden, besonders dann, wenn seine Arbeitgeber von seinen vielen Krankenhausaufenthalten erfahren sollten.

Befragt über das Verhältnis zu seinen Mitmenschen, klagte N. über eine zunehmende Vereinsamung. Im Laufe der letzten zehn Jahre hatte er fast alle seine Freunde durch sein Verhalten und die vielen Klinikaufenthalte verloren. Jetzt lebte er mit einer Manikerin in gutem gegenseitigen Verstehen zusammen. 1977 schied N. durch Suizid aus dem Leben.

Fall 13:

Patient R., 35 Jahre alt, unverheiratet, ohne Beruf, befand sich schon achtmal wegen einer Zyklothymie in stationärer Behandlung.

Nach dem Abitur studierte er sieben Semester Rechtswissenschaft und brach dann plötzlich das Studium ab, wie er sagte, "aus Unlust". Er ergriff mehrere Tätigkeiten als Hilfsarbeiter, kündigte oft selbst oder wurde entlassen, weil er die Arbeit verweigerte oder seine Vorgesetzten beleidigte. Während dieser Zeit, von 1962 bis 1976, wurde er achtmal wegen depressiver und manischer Phasen stationär behandelt. R. lebt mit seiner Mutter zusammen, seine Eltern sind geschieden. Er

beklagte die häufigen Auseinandersetzungen mit seiner Mutter, die ihn in ihrer überfürsorglichen Art zu sehr einengte. Auch das Verhältnis zu seinen Vorgesetzten und Arbeitskollegen war sehr gespannt. Ständig gab es Reibereien. Zuletzt wurde er wegen Beleidigung seines Vorgesetzten aus seinem Arbeitsverhältnis als Bierfahrer Anfang 1976 entlassen und lebte seitdem von der Arbeitslosenunterstützung. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung befand sich R., jetzt zum neunten Mal, wegen einer zylothymen Manie in stationärer Behandlung.

Auch diesem Patienten ist es, wie im vorigen Falle, nicht gelungen, infolge häufiger Erkrankungen beruflich Fuß zu fassen. Wie bei N. besteht auch weiterhin die soziale Unsicherheit fort. Bei R. kommen aber noch massive Auseinandersetzungen mit der überfürsorglichen Mutter hinzu. Bei beiden Patienten sind die Beziehungen zu den Mitmenschen erheblich gestört.

Gruppe der Schizophrenien einschließlich der atypischen Psychosen

Bei dieser Krankheitsgruppe, der 30 Patienten angehören, sind wir ebenfalls der sozialen Entwicklung seit der letzten Klinikentlassung nachgegangen. In der Tab. XXV ist im Überblick dargestellt, wie sich berufliche, familiäre und außerfamiliäre mitmenschliche Schwierigkeiten beim Einzelnen häufen, ferner ist ersichtlich, welche Kategorien dieser Komplikationen zahlenmäßig an der Spitze stehen. In dieser Aufstellung sind nur die sozialen Veränderungen berücksichtigt worden, die nach der letzten Klinikentlassung aufgetreten sind oder noch nicht in einem solchen Ausmaß bestanden haben.

Wir sehen, daß bei 18 Patienten die oben genannten Schwierigkeiten aufgetreten sind. Zahlenmäßig an der Spitze stehen die familiären Konflikte, die sich in 12 Fällen nachweisen ließen.

Im Vergleich zur Zykllothymiegruppe, bei der nur ein Patient von 14 über eine Verschlechterung der familiären Situation klagte, sind es hier etwa sechsmal so viele. Wenn wir hier von familiärer Situation sprechen, so meinen wir damit das Verhältnis des Patienten zum Ehepartner, oder wenn er nicht verheiratet ist, zu seinen Eltern oder Geschwistern, mit denen er zusammen lebt. Von unserer 30-köpfigen Gruppe sind acht Patienten verheiratet, von den anderen 22 leben 18 bei den Eltern oder einem Elternteil, das ist hauptsächlich die Mutter, vier haben eine eigene Wohnung. Von den 12 Patienten, die von einer Verschlechterung der familiären Situation seit ihrer letzten Entlassung aus der Klinik sprachen, sind drei verheiratet, neun leben bei den Eltern oder einem Elternteil. In diesem Zusammenhang ist es interessant, zum Vergleich den sozialen Status der Zykllothymiegruppe heranzuziehen. Dort waren von 14 Patienten acht verheiratet und von diesen berichtete keiner über familiäre Probleme. Bei der Auswertung der Probleme der drei verheirateten Patienten der Gruppe der Schizophrenien einschließlich der atypischen Psychosen waren bereits deutliche Anzeichen eines langdauernden, auf gegenseitigem Unverständnis basierenden, Streites der Ehepartner zu erkennen. Alle drei Patienten fühlten sich von ihren Ehefrauen schon seit Jahren nicht verstanden, und bei allen hatten die Konflikte von Krankheitsschub zu Krankheitsschub an Stärke und Zahl zugenommen. Im Falle 27, bei Patient I., hatte die Ehefrau nach der Entlassung ihres Mannes aus der Klinik die Scheidung beantragt.

Tab. XXV: Übersicht über die Häufung sozialer Komplikationen (schwarz eingezeichnet) bei der Gruppe der Schizophrenen einschließlich der atypischen Psychosen.
B = berufliche-, F = familiäre-, M = mitmenschliche Schwierigkeiten

Fall-Nr.	Komplikationen		
	B	F	M
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			

Zwei Hauptgründe sind zu einem großen Teil verantwortlich für die intrafamiliären Schwierigkeiten unserer unverheirateten Patienten, nämlich finanzielle Gründe und solche, die mit der Psychose zusammenhängen.

Finanzielle Gründe: Bei drei Patienten bemängelt die Familie das geringe Geld, welches die Patienten "bringen", wie es L., Fall 35, ausdrückte.

Psychotische Gründe: Bei zwei Patienten stört nachweislich psychotisches Mißtrauen das Zusammenleben in der Familie. Patient B., Fall 16, an chronischer Schizophrenie leidend und voll pflegebedürftig, unterstellt seiner Mutter, "mit dem Arzt unter einer Decke zu stecken, um ihn für immer ins Krankenhaus zu bringen". Patient T., Fall 44, ebenfalls an chronischer Schizophrenie leidend, ist überzeugt, daß Eltern und Nachbarn nach seinem Leben trachten. Es bleiben noch vier Patienten, bei denen weder Geld noch psychotische Symptome die Hauptrolle spielen. Hier dominiert bei zwei Patienten ein Abhängigkeitsverhältnis zur Mutter, welches besonders nach der letzten Klinikentlassung für Spannungen sorgt. Die beiden anderen Patienten wollten sich nicht konkret zu ihren familiären Problemen äußern.

An zweiter Stelle der Häufigkeit sozialer Probleme folgen die außerfamiliären mitmenschlichen Schwierigkeiten. Darunter verstanden wir ein zunehmendes Sichzurückziehen von Freunden und gesellschaftlichen Anlässen.

11 Patienten gaben an, sich in irgendeiner Weise seit der letzten Entlassung vor den Mitmenschen zurückgezogen zu haben. Im Vergleich zur zykllothymen Gruppe ist dies das Zweieinhalbfache. Ein Teil bemerkte den Verlust an menschlichem Kontakt schmerzlich, ein anderer "registrierte" dies mit Gleichgültigkeit, andere wiederum wünschten gar keinen Kontakt mehr.

In der Tabelle XXVI sind die subjektiven Begründungen unserer Patienten für ihre zunehmende Isolierung seit der letzten Entlassung aus der Klinik zusammengestellt.

Tab. XXVI: Begründungen der Patienten für ihre zunehmende Isolierung seit der Klinikentlassung

Begründungen	Zahl d. P. n = 11
"die Angst davor, als Patient der Psychiatrie entdeckt oder angesprochen zu werden"	4
"die Kontaktarmut"	1
"der Wunsch, keinen Kontakt mehr zu wollen"	1
"die Angst vor den Leuten"	1
"die Angst vor dem Gerede der Leute"	1
andere Gründe	3
Summe der Patienten	11

In vier Fällen konnten berufliche Verschlechterungen seit der letzten Klinikentlassung festgestellt werden. Dieser geringen Zahl müssen wir, um ein gerechteres Bild von der mißlichen beruflichen Situation unserer Patienten zeigen zu können, auch diejenigen Fälle gegenüberstellen, bei denen schon seit längerer Zeit berufliche Schwierigkeiten bestehen. So gesehen hatten 20 Patienten unserer Gruppe in irgend einer Weise mit Problemen ihrer Arbeitswelt zu kämpfen. Welcher Art nun die beruflichen Probleme seit der letzten Klinikentlassung waren, sei an Beispielen erläutert.

Fall 15:

Patient G., 22 Jahre alt und unverheiratet, schon zweimal in stationärer psychiatrischer Behandlung, möchte Steuerbeamter werden. Er nahm deshalb an seiner Behörde, an der er als Angestellter beschäftigt ist, an einem Steuerassistentenlehrgang teil, eine Voraussetzung für die angestrebte Ver-

beamtung. Kurz vor der mündlichen Abschlußprüfung erkrankte er und mußte sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben. Wieder aus dem Krankenhaus entlassen, holte er mit Erfolg den Abschluß der Prüfung nach, bestand die darauffolgende Probezeit und wartete vergeblich auf seine Verbeamtung. Diese wurde, nach einer angeordneten Untersuchung am Gesundheitsamt, von seiner Behörde abgelehnt mit dem Hinweis auf seine Erkrankung. G. wendete sich nun hilfesuchend an den Personalrat vom Amt, an den Vertrauensmann für Schwerbehinderte und schließlich an den Landtagsabgeordneten und Bundestagsabgeordneten. Überall wurden zwar seine Klagen mit wohlwollendem Verständnis aufgenommen, letztlich blieb aber alles Bemühen ohne Erfolg. Als sich G. nun an den Präsidenten der Oberfinanzdirektion wandte, ordnete dieser an, über G. ein Gutachten erstellen zu lassen, welches endgültig über seine Einstellung als Beamter entscheiden sollte. Schließlich wurde er als Angestellter weiterbeschäftigt.

Fall 21:

Patient K., 32 Jahre alt und ledig, studierte bis zu seiner Erkrankung in einer technischen Fachrichtung an einer Universität, um Diplomingenieur zu werden. Die Empfehlung seines Klinikarztes, nach der Entlassung das Studium fortzusetzen, befolgte K. nicht. Er trat vielmehr eine Stelle als Büroangestellter an, kündigte sie aber wieder nach einem halben Jahr, "weil ihm die Arbeit nicht gefiel". Einige Wochen Arbeitslosigkeit folgten, dann bekam K. eine neue Tätigkeit bei einer städtischen Behörde vermittelt - bis K. wieder nach einigen Monaten kündigte und zum Zeitpunkt unserer Untersuchung noch von Arbeitslosenunterstützung lebte.

Fall 30:

Patient M., 46 Jahre alt und ledig, gelernter Schlosser, schon zwanzigmal in stationärer psychiatrischer Behandlung, bestreitet seinen Lebensunterhalt aus einer Erwerbsunfähigkeitsrente und Gelegenheitsarbeiten zwischen seinen Klinikaufenthalten. Kurz vor seiner letzten Erkrankung wurde er im Zuge einer Massenentlassung aus seiner Firma, einem Ver-

leih von Arbeitskräften, entlassen. Doch M. bemühte sich um eine neue Tätigkeit und fand auch wieder eine Stelle in einer Maschinenfabrik, verschwieg aber, aus Angst, nicht eingestellt zu werden, den Bezug seiner Erwerbsunfähigkeitsrente. Zweieinhalb Monate konnte M. seine Tätigkeit als Hilfsarbeiter ausüben und nachstationär in einer psychiatrischen Klinik wohnen. Dann wurde er jedoch plötzlich entlassen, weil die Betriebsleitung von der Erwerbsunfähigkeitsrente erfuhr, die M. beim Einstellungsgespräch verschwiegen hatte. Gleichzeitig verlor M. auch seine Schlafgelegenheit im psychiatrischen Krankenhaus. In seiner Hilflosigkeit bat der Patient das Bezirkskrankenhaus um Hilfe und wurde dort wieder stationär aufgenommen.

Fall 41:

Patient R., 43 Jahre alt, verheiratet und Vater eines kleinen Sohnes, ist seit 1972 schon dreimal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen, wobei nach jeder Erkrankung ein deutliches Absinken der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit eingetreten war. Auch seiner Firma, bei der R. als graduiertem Ingenieur tätig ist, blieb dies nicht verborgen. Sie kündigte an, ihn wegen seiner geringen Leistungsfähigkeit gehaltlich zurückzustufen und empfahl ihm, zum Ausgleich des finanziellen Verlustes, einen Rentenanspruch zu stellen.

Wie aus den kurzen Fallbeispielen zu erkennen ist, sind im wesentlichen zwei Ursachen für die beruflichen Schwierigkeiten verantwortlich. Einmal ist es ein "Verhalten", das vorwiegend beim Patienten selbst liegt, sei es nun ein neurotisches bzw. psychotisches Verhalten oder eine verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, zum anderen ist es die Seite der Arbeitgeber. Hier sind gemeint Betriebe, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr voll leistungsfähige Arbeitskräfte sozial zurückstufen oder auch Behörden, die per Vorschrift den be-

ruflichen Aufstieg ehemals psychiatrisch behandelter Patienten blockieren. Aus unseren Gesprächen können wir auch vermuten, daß viele arbeitssuchende Patienten bei der Stellensuche nur deshalb abgewiesen wurden, weil sie Auskunft über ihre Vergangenheit geben mußten und dabei auch ihre Klinikaufenthalte nicht verheimlichten. Auffallend bei unseren Gesprächen war auch die Befürchtung der Patienten, wegen häufiger krankheitsbedingter Abwesenheit oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit, die Arbeitsstelle zu verlieren, letzten Endes also vom Wohlwollen des Arbeitgebers abhängig zu sein. Diese Unsicherheit war bei fast allen Patienten zu bemerken - und sie hat durchaus, wie die Praxis zeigte, eine reale Grundlage.

Rehabilitationsempfehlungen der Klinik und ihre Befolgung

Rehabilitationsempfehlungen sind Ratschläge der Klinik an den Patienten, die ihm helfen sollen, nach seiner Klinikentlassung wieder sozial Fuß zu fassen, soziale Mißstände in seinem Leben abzubauen und potentiellcs Fehlverhalten zu vermeiden. In unserem Krankengut (44 Patienten) sind an acht Patienten Rehabilitationsempfehlungen ergangen. Diese Empfehlungen erfolgten in einem Gespräch mit dem Patienten, in dem man z. B. mit ihm vereinbarte, "gegen Ende des Jahres seinen durch Krankheit unterbrochenen Umschulungskurs wieder zu besuchen und abzuschließen, wobei man es günstig fände, wenn er bis zu Beginn des Kurses eine anderweitige Beschäftigung fände".

Allen acht Patienten wurde eine Empfehlung für ihre berufliche Tätigkeit mitgegeben, zweien wurde zusätzlich nahe gelegt, den Alkohol völlig zu meiden und zwei Patienten sollten sich noch zusätzlich vom Elternhaus trennen.

Wie sieht es nun "in der Praxis" mit der Verwirklichung dieser Klinikempfehlungen aus?

Das Ergebnis ist in Tabelle XXVII dargestellt. Es zeigt, daß es über der Hälfte der Patienten gelungen ist, die berufliche

Empfehlung der Klinik zu realisieren. Dagegen konnte der Rat, keinen Alkohol mehr zu trinken oder sich vom Elternhaus zu trennen, von keinem in die Tat umgesetzt werden.

Tab. XXVII: Rehabilitationsempfehlungen der Klinik und ihre Befolgung

Zahl d. Fälle n = 8 Fall-Nr.	berufliche Empfehlung realisiert	Rat zur Al- koholabsti- nenz reali- siert	Rat zur Trennung vom Eltern- haus reali- siert
14	nein		
16	ja		
21	nein		
22	ja	nein	
30	ja	nein	
33	nein		nein
35	ja		nein
44	ja		

Inzwischen werden die Rehabilitationsprobleme intensiver als bisher von einem eigenen Sozialdienst der Klinik betreut.

IV. Diskussion:

Unsere Studie veranschaulicht an 44 nachuntersuchten Patienten, wie aktuell das Problem der "Drehtürpsychiatrie" heute ist. Bei acht Patienten war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen, bei vier von ihnen erfolgte eine stationäre Wiederaufnahme. In der vorliegenden Untersuchung sind wir auf Schwachstellen in der Rehabilitationsphase klinikentlassener psychiatrischer Patienten gestoßen, die den Keim für den Rückfall in die erneute Psychose in sich bergen könnten.

Rehabilitation fängt schon in der Klinik an. Wie wir bei BAER (1976) sehen konnten, stellt der Übergang von der Klinik in die angestammte Umwelt bereits eine kritische Phase für den Patienten dar. Nach mehrwöchiger erfolgreicher Pharmakotherapie rät man ihm, modernen psychiatrischen Erkenntnissen folgend, wieder aktiv Kontakt mit der Außenwelt aufzunehmen, übersieht dabei aber leicht, daß viele schizophrene und zyklotyme Kranke wegen eines postpsychotischen Insuffizienzsyndroms bzw. depressiver Restinsuffizienz noch nicht den Anforderungen der Realität gewachsen sind.

War der Patient aus der Klinik entlassen, übernahmen Instanzen wie Familie, niedergelassene Ärzte und Sozialarbeiter die Weiterbetreuung. Wenden wir uns nun den einzelnen Ergebnissen in den Problembereichen der Rehabilitation zu und beginnen wir mit der medizinischen Versorgung, insbesondere mit der Fortführung der von der Klinik empfohlenen Pharmakotherapie. Hier zeigte sich, daß die Therapievorschlüsse der Klinik in einem hohen Maße von den Patienten einerseits und den niedergelassenen Ärzten andererseits in wesentlichen Punkten nicht übernommen wurden. In knapp der Hälfte der Fälle, bei 18 von 38 Patienten, wurde die Therapieempfehlung durch

den weiterbehandelnden Arzt verändert bzw. abgesetzt, und andererseits nahmen 20 von 43 Patienten eigenmächtige Therapieveränderungen vor. Als persönliche Gründe für eigenmächtige Therapieveränderungen wurden von 24 erhaltenen Antworten am häufigsten (fünfmal) "die Nebenwirkungen der Medikamente" erwähnt. Dreimal war "Selbsthilfe" bei subjektiver Verschlechterung des Wohlbefindens das Motiv, die Therapieveränderung erfolgte in diesen Fällen durch Dosiserhöhung. In 6/7 der Fälle aber hatte eine "Flucht vor den Medikamenten" stattgefunden, sei es durch zeitweises Aussetzen der Applikation, Weglassen einzelner Arzneimittel, Dosisreduzierung bzw. Nichtantreten der Therapie. In diese Rubrik gehörten auch alle 8 Patienten, die wiedererkrankten bzw. wieder in die Klinik aufgenommen wurden. Beim Vergleich der Häufigkeit eigenmächtiger und ärztlicher Therapieveränderungen der 8-köpfigen Gruppe mit gesundheitlicher Verschlechterung bzw. stationärer Wiederaufnahme mit den übrigen Patienten stellte sich heraus, daß bei der 8-köpfigen Gruppe dreimal so häufig eine eigenmächtige Therapieveränderung und zweimal so häufig eine ärztliche Therapieveränderung gegenüber der Klinikempfehlung erfolgte als bei den übrigen Patienten. Zweierlei Ursachen, die oft eng miteinander verflochten sein können, mögen unserer Meinung nach für die hohe Zahl der eigenmächtigen und ärztlichen Therapieabweichungen bei der Gruppe der wiedererkrankten Patienten verantwortlich sein. Einmal der ungünstige Verlauf der Erkrankung selbst, der den Patienten bzw. weiterbehandelnden Arzt veranlaßt, eine "Therapiekorrektur" vorzunehmen, die schließlich erfolglos bleibt und eine Wiedererkrankung nicht aufhalten kann, zum anderen, die primären, unsachgemäßen, nicht zwingend durch den Krankheitsverlauf begründeten Therapieabweichungen, die meist durch Dosisreduzierung bzw. Absetzen der Medikation zu einem nicht mehr therapeutisch wirksamen Wirkspiegel führen und damit das Wiederauftreten der Psychosen begünstigen. Die Arten der Therapieveränderungen unserer Patienten und einzelne Fallbeobachtungen legen auch diese Annahme nahe. Unser

Ergebnis unterstreicht deshalb das vielfach beschriebene (HARING 1972, TÖLLE 1973, HAASE 1966) und statistisch gesicherte (MEYER, J. E. und Mitarbeiter 1964) Risiko einer unzureichenden Pharmakotherapie, es macht zudem aber noch aufmerksam auf eine viel zu wenig beachtete Kommunikationsstörung zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Arzt in der Weiterführung der medikamentösen Therapie, nicht selten, wie wir vermuten, zum Nachteil des Patienten.

Als weitere Schwachstelle in der Rehabilitation sehen wir in diesen Zusammenhang den unzureichenden Informationsstand der Patienten über die verordneten Medikamente. Wenn 40 von 44 Patienten von ihrem Arzt nicht über mögliche Neben- und Begleitwirkungen ihrer Medikamente unterrichtet waren, so nimmt es nicht wunder, wenn 5 Patienten wegen aufgetretener Nebenwirkungen eigenmächtig die Therapie abänderten. Zwei zogen nachträglich noch ihre Ärzte zu Rate, die anderen drei therapierten sich nach eigenem Gutdünken, d. h. sie setzten zeitweilig überhaupt ihre Medikamente ab oder reduzierten die Dosis. Bei zweien von ihnen war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachweisbar. HIPPIUS und MEYENDORFS (1976) Forderung, dem Patienten eine genaue Information über den Zeitplan des Wirkungseintritts der Medikamente, die möglichen Neben- und Begleitwirkungen, die Dosierung, die Dauer der Therapie und die Notwendigkeit der Therapiekontrolle zu geben, erscheint uns als nicht übertrieben, sondern als notwendig, um pharmakotypische Probleme in den Griff zu bekommen. Diese Forderung ist um so verständlicher, wenn man bedenkt, mit welcher hohen Nebenwirkungsrate bei der Anwendung von Psychopharmaka zu rechnen ist. Wir konnten bei 34 von 42 medikamentös versorgten Patienten mindestens eine Neben- bzw. Begleitwirkung feststellen. Daß aber mit Aufklärung alleine noch nicht alle Probleme der Pharmakotherapie zu lösen sind, belegt uns das Ergebnis über den Aufklärungsstand der Patienten hinsichtlich der Unverträglichkeit der verordneten Psychopharmaka

mit Alkohol. Obwohl 18 Patienten Bescheid wußten über das Risiko des Alkoholgenusses bei gleichzeitiger Einnahme ihrer Medikamente, konsumierten die meisten gelegentlich oder regelmäßig Alkohol, oft in nicht geringen Mengen. Offensichtlich komplizieren also noch eine Reihe anderer Faktoren die Durchführung einer erfolgreichen Pharmakotherapie, die durch rein sachliche Aufklärungsarbeit nicht ohne weiteres zu überwinden sind. Hierher mögen auch die bereits in unserer kurzen Literaturübersicht erwähnten krankheitstypischen Probleme, das postpsychotische Insuffizienzsyndrom, die depressive Restinsuffizienz und die allgemeine Abneigung gegen die Medikamente gehören.

Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den Rehabilitationserfolg dürfte unserer Meinung nach der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung zukommen. FRANKE und KITZIG (1976) sprechen sogar von der Notwendigkeit einer dauerhaften partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patient und Arzt, denn gerade die Erfahrung jener besonderen Partnerschaft, die sich während einer krisenhaften Situation herausgestellt hat, sei unverzichtbar für das Gelingen der Pharmakotherapie.

In der vorliegenden Untersuchung ließ sich zeigen, daß dieser Anspruch einer optimalen Arzt-Patient-Beziehung in der Realität nur teilweise verwirklicht werden konnte. Ausgehend von der Annahme, daß die Nichtbefriedigung rollenspezifischer Erwartungen der Patienten als Hinweis auf eine Störung dieser partnerschaftlichen Beziehung gelten kann, fanden wir bei 24 von 43 Patienten, die ärztlich weiterbetreut wurden, die Beziehung zu ihrem Arzt in diesem Sinne beeinträchtigt. So fühlte z. B. ein Drittel der Patienten den Wunsch versagt, noch mehr über persönliche Probleme sprechen zu können. Dies deckte sich auch mit der Kritik von einem Drittel an der zu kurz empfundenen Sprechzeit. Eine zahlenmäßige Beziehung des Rehabilitationserfolges mit der Nicht-Erfüllung rollenspezifischer Erwartungen der Patienten an den weiter-

behandelnden Arzt ergab der Vergleich der Patienten-
gruppe, die wiedererkrankte bzw. stationär wiederaufge-
nommen wurde, mit den übrigen Patienten. Bei der ersten
Gruppe der 8 Patienten blieb zwölfmal eine rollenspezi-
fische Erwartung versagt, jeder Patient fühlte sich in
emotionaler, informatorischer und ökonomischer Hinsicht
durchschnittlich 1,5-mal frustriert, bei der anderen
Gruppe von 35 Patienten hingegen blieb 26-mal eine rol-
lensspezifische Erwartung versagt, jeder Patient fühlte
sich dort nur durchschnittlich 0,74-mal frustriert.
Anders ausgedrückt heißt das: Die Patienten mit gesund-
heitlicher Verschlechterung fanden doppelt so häufig
ihre emotionalen, informatorischen und ökonomischen Be-
dürfnisse unbefriedigt als die übrigen "gesunden" Pa-
tienten. Der höheren Rate der frustrierten rollenspezi-
fischen Bedürfnisse bei der Gruppe der Wiedererkrankten
Patienten mögen mehrere, oft komplex miteinander ver-
bundene Ursachen zugrunde liegen. Eine nicht unerheb-
liche Rolle dürften in diesem Zusammenhang krankheits-
bedingte, gesteigerte Erwartungen bereits gesundheitlich
verschlechterter Patienten spielen, die nur teilweise im
Rahmen der ärztlichen Möglichkeiten erfüllt werden kön-
nen. Andererseits ergibt sich aus unserer Untersuchung
die Vermutung, daß Bedürfnisse "gesund entlassener Pa-
tienten" ärztlicherseits nicht genügend wahrgenommen
werden und Konfliktsituationen nicht mehr rechtzeitig
bearbeitet und abgefangen werden können, was wiederum
einer erneuten Erkrankung Vorschub leisten könnte. Or-
ganisatorische Gründe, die sich z. B. in einer zu kur-
zen Sprechzeit zeigen, und die mangelnde Vertrautheit
mit der Problematik der medikamentösen Therapie, wie
wir sie an einigen Fallbeispielen darstellen konnten,
sprechen für diese Annahme. Einschränkend sei gesagt,
daß im Rahmen der Studie nur ein Teilaspekt der Arzt-
Patient-Beziehung aus der Sicht des Patienten beleuchtet
wurde.

Ähnlich wie im Bereich der ärztlich-medizinischen Nach-
sorge, stießen wir auch im sozialen Bereich auf Proble-

me, die wir in so hoher Zahl nicht vermutet hatten. Insgesamt waren 22 von 44 Patienten in Schwierigkeiten geraten. Ebenfalls wie BAER und HÄBERL (1975), konnten wir bei der Gruppe der Schizophrenen, der wir noch die atypischen Psychosen zuordneten, ein weitaus größeres Maß an Komplikationen finden als bei den zylothymen Kranken. Bei der ersten Gruppe traten sechsmal häufiger familiäre und zweieinhalbmal häufiger Störungen in den mitmenschlichen Beziehungen auf. Die erste Gruppe stellte auch mit 6 von 8 Wiedererkrankten die höchste Wiedererkrankungsrate. Was die akute berufliche Verschlechterung anging, so hatte aber die Gruppe der zylothymen Kranken mindestens in dem gleichen Ausmaße zu kämpfen. Bei 5 von 14 Patienten ließ sich hier eine berufliche Benachteiligung nachweisen, während "nur" 4 Patienten der dreißigköpfigen ersten Gruppe eine akute Verschlechterung der beruflichen Position in Kauf nehmen mußten, wobei aber nicht übersehen werden darf, daß 20 schon seit längerer Zeit in einem gespannten Verhältnis zu den Vorgesetzten bzw. Mitarbeitern standen. Bei der Frage nach den Ursachen der beruflichen Schwierigkeiten konnte an einigen Fallbeispielen aufgezeigt werden, daß nicht nur krankheitstypische Verhaltensweisen, sondern auch gesellschaftliche Normen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Wenn 2 Patienten wegen ihres psychiatrisch-stationären Aufenthaltes, trotz erfüllter fachlicher Voraussetzungen, die angestrebte Verbeamtung verweigert wird, ein Patient wegen nachlassender Leistungsfähigkeit infolge seiner Grunderkrankung gehaltlich zurückgestuft wird, einem weiteren seine Arbeitsstelle während seines stationären Aufenthaltes in der Nervenklinik gekündigt wird, so mag dies als Hinweis dafür gelten, wie sehr klinikentlassene psychiatrische Patienten durch die Gesellschaft isoliert und in ihrer Wiedereingliederung behindert werden.

Eine ausreichende soziotherapeutische Betreuung der nachuntersuchten Patienten war nicht gegeben. Nur zwei

Patienten kamen in den Genuß einer Hilfe durch Sozialarbeiter. Entsprechend klagten 22 Patienten über zunehmende soziale Schwierigkeiten seit der letzten Klinikentlassung. Inzwischen werden aber die Rehabilitationsprobleme intensiver als bisher von einem eigenen Sozialdienst der Klinik betreut.

Abschließend bleibt festzustellen, daß der moderne Anspruch der Rehabilitation nur ungenügend verwirklicht werden konnte. Wie sich in der Studie zeigen ließ, sind eine Reihe von Ursachen dafür verantwortlich, die in einer ungenügenden ärztlich-medizinischen Nachbetreuung, einer Kommunikationsstörung zwischen Klinik und weiterbehandelndem Arzt, einer Störung im Arzt-Patient-Verhältnis und einer unzureichenden sozialtherapeutischen Versorgung begründet liegen. Es gibt, wie bereits ausgeführt wurde, vielversprechende sozialpsychiatrische Ansätze, die dazu beitragen können, den Teufelskreis der Drehtürpsychiatrie zu durchbrechen. Dennoch sollten wir nicht übersehen, daß eine erfolgreiche Realisierung der Nachsorge weit mehr erfordert als nur die Anschaffung moderner sozialtherapeutischer Institutionen. Wir stimmen SIIRALA (1961) zu, wenn er hierzu feststellt, daß das Gelingen beruflicher, sozialer und persönlicher Rehabilitation nicht nur von der Perfektion der psycho- und sozialtherapeutischen Techniken abhängt, nicht nur von der Schwere der Ichstörung oder der Abwandlung der interpersonellen Beziehungen, sondern besonders auch von der Haltung und den Wertungen der sozialen Umwelt.

V. Zusammenfassung:

In der vorliegenden Studie wurde der Versuch unternommen, anhand von 44 nachuntersuchten klinikentlassenen psychiatrischen Patienten einige Schwachstellen in der Nachbehandlung bei endogenen Psychosen aufzudecken. Als Arbeitsmethode diente das qualitative Interview. Ein halbstandardisierter Interviewleitfaden ermöglichte eine vergleichende Auswertung der Einzelfälle.

Bei der Nachuntersuchung wurde bei 8 von 44 Patienten eine gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Klinikentlassung festgestellt. 4 Patienten kamen deshalb wieder zur stationären Aufnahme.

Im ärztlich-medizinischen Betreuungsbereich erwies sich die Fortführung der von der Klinik empfohlenen pharmakotherapeutischen Langzeitbehandlung als ein noch ungelöstes Problem. Es zeigte sich, daß die Therapievorschlüsse der Klinik in einem hohen Maße von den Patienten einerseits und den weiterbehandelnden Ärzten andererseits nicht übernommen wurden. Die Gruppe der Patienten, die wiedererkrankte bzw. wieder stationär aufgenommen wurde, hatte dreimal so häufig eigenmächtige und zweimal so häufig Therapieabweichungen durch den weiterbehandelnden Arzt zu verzeichnen als die Gruppe, die nicht wiedererkrankte. Die Arten der Therapieveränderungen und einzelne Fallbeobachtungen legen die Vermutung nahe, daß Therapieabweichungen ein gesundheitliches Risiko für den Patienten darstellen und die Wiederaufnahmerate erhöhen. Andererseits kann ein primär ungünstiger Krankheitsverlauf ein erhöhtes Maß an eigenmächtigen Therapieveränderungen bedingen. Nicht zuletzt weist die Häufigkeit ärztlicher Therapieabweichungen von der Kliniktherapie auf eine Kommunikationsstörung zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten hin.

Neben- und Begleitwirkungen standen als Ursache für eigenmächtige Therapieveränderungen an erster Stelle. 5 Patienten änderten deshalb selbständig die Therapie ab.

Die meisten Patienten waren über Neben- und Begleitwirkungen ihrer Medikamente nicht aufgeklärt. HIPPIUS und MEYENDORFS (1976) Forderung, den Patienten umfassend über seine Medikamente zu informieren, erscheint notwendig, um pharmakotypische Probleme in den Griff zu bekommen.

Wie wenig Aufklärung alleine eine risikoarme Pharmakotherapie garantiert, belegt die Tatsache, daß 18 Patienten trotz besseren Wissens über die Unverträglichkeit ihrer Medikamente mit Alkohol regelmäßig oder gelegentlich Alkohol konsumierten. Offenbar komplizieren noch eine Reihe anderer Faktoren die Durchführung einer optimalen Pharmakotherapie, die durch rein sachliche Aufklärungsart nicht zu überwinden sind.

Ausgehend von der Annahme, daß die Nichtbefriedigung rollenspezifischer Erwartungen der Patienten an den weiterbehandelnden Arzt eine Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses bedeutet, konnte bei 24 von 43 ärztlich betreuten Patienten eine Beeinträchtigung der Beziehung zu ihrem Arzt festgestellt werden. So fühlte z. B. ein Drittel den Wunsch versagt, noch mehr über persönliche Probleme sprechen zu können, was sich mit der Kritik von einem Drittel an der zu kurz empfundenen Sprechzeit deckt. Die Patienten mit gesundheitlicher Verschlechterung fanden doppelt so häufig ihre emotionalen, informatorischen und ökonomischen Bedürfnisse unbefriedigt als die übrigen "gesunden" Patienten. Ursächlich dürften hierbei krankheitsbedingte, gesteigerte Bedürfnisse bereits gesundheitlich verschlechterter Patienten eine Rolle spielen, die nur teilweise im Rahmen der ärztlichen Möglichkeiten erfüllt werden können. Andererseits stützen Fallbeispiele auch die Vermutung, daß die mangelnde ärztliche Vertrautheit mit der medikamentösen Therapie oder die zu kurze Sprechzeit Konfliktsituationen mit gesundheitlicher Verschlechterung begünstigen könnten.

Ähnlich wie im Bereich der ärztlich-medizinischen Nachsorge behinderten auch familiäre, berufliche und menschliche Schwierigkeiten die Rehabilitation. Die Gruppe der Schizophrenen einschließlich der atypischen Psychosen hatte mit den meisten Problemen zu kämpfen, sie stellte auch mit 6 von 8 Wiedererkrankten die höchste Wiedererkrankungsrate.

Bei der Suche nach den Gründen der sozialen Komplikationen fiel auf, wie sehr gesellschaftliche Normen die berufliche Existenz bedrohen. 4 Patienten mußten wegen mehrmonatiger psychiatrischer Krankenhausaufenthalte erhebliche berufliche Nachteile in Kauf nehmen.

Eine ausreichende soziotherapeutische Betreuung der nachuntersuchten Patienten war nicht gegeben. Nur 2 kamen in den Genuß einer Hilfe durch Sozialarbeiter. Entsprechend klagten 22 Patienten über zunehmende soziale Schwierigkeiten seit der letzten Klinikentlassung. Inzwischen werden aber die Rehabilitationsprobleme intensiver als bisher von einem eigenen Sozialdienst der Klinik betreut.

Insgesamt gesehen befindet sich die moderne sozialpsychiatrische Nachsorge noch in der Anfangsphase und weist daher noch eine Reihe von Mängeln auf. Es gibt aber bereits vielversprechende Ansätze, die beitragen können, das Schicksal der Drehtürpsychiatrie zu durchbrechen. Nicht zuletzt aber hängt der Erfolg von den Haltungen und Wertungen der sozialen Umwelt ab.

VI. Literaturverzeichnis

- BAER, R.: Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklischen Depression. Eine klinische und soziologische Untersuchung unter Anwendung statistischer Methoden. Thieme, Stuttgart 1975.
- BAER, R.: Der klinikentlassene psychiatrische Patient. Kopfklinik 1, Erlangen 1976, 16-19.
- ENKE, H., ENKE-FERCHLAND, E., MAHLZAHN, B., POHLMEIER, H., SPEIERER, G., TROSCHE, J. v.: Lehrbuch der medizinischen Psychologie. Urban und Schwarzenberg, München 1973.
- FRANKE, E.A., KITZIG, H.P.: Zur Behandlung schizophrener Defektverfassungen. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen, hsg. v. Fr. Panse. Enke, Stuttgart 1966.
- HAASE, H.J.: Pharmakotherapie bei chronisch Schizophrenen. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen, hsg. v. Fr. Panse. Enke, Stuttgart 1966.
- HAASE, H.J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten. Schattauer, Stuttgart 1977.
- HÄBERL, P.: Schizophrene und ihre Angehörige im gegenseitigen Urteil. Med. Diss., Erlangen 1975.
- HARING, C.: Therapie mit Retardpräparaten als Möglichkeit der sozialen Rehabilitation. Med. Welt 23/Heft 35 (1972), 1141.
- HINTERHUBER, H.: Zur Katamnese der Schizophrenien. Neurol. Psychiat. 41 (1973), 527.

HIPPIUS, H.,
MEYENDORF, R.:

Allgemeine Richtlinien für den Einsatz der Psychopharmaka. In: Psychopharmaka in der Hand des Allgemeinarztes, hsg. v. H. H. Wieck. Schattauer, Stuttgart 1976.

HOGARTHY, G.,
GOLDBERG, S.,
SCHOOLER, N.,
ULRICH, R.:

Drug and Sociotherapy in the Atercare of Schizophrenic Patients, II. Two year relapse rates. Arch. Gen. Psychiatr. 31, (1974), 603-608.

HUBER, G.:

Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1976.

KOENIG, R.:

Das Interview. Kiepenheuer, Köln 1972.

KUROSAWA, T.:

Psychotherapie und Rehabilitation bei chronischen Schizophrenien. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen, hsg. v. Fr. Panse. Enke, Stuttgart 1966.

MEYER, H.H.:

Die Psychopharmakotherapie und Prophylaxe der manisch-depressiven Erkrankungen. In: Psychopharmaka in der Hand des Allgemeinarztes, hsg. v. H. H. Wieck. Schattauer, Stuttgart 1976.

MEYER, J.E.,
SIMON, G.,
STILLE, D.:

Die Therapie der Schizophrenien und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960. Arch. Psychiatr. 206, (1964), 165.

PETERS, U. H.,
GLÜCK, A.:

Die Problematik der ausklingenden depressiven Phase. Nervenarzt 43 (1972), 505.

PETRILOW ITSCH, N.:

Insuffizienzsyndrome bei abklingenden schizophrenen und zylothymen Psychosen. In: Schizophrenie und Zylothymie. Ergebnisse und Probleme. Thieme, Stuttgart 1969.

PÖLDINGER, W.:

Kompodium der Pharmakotherapie. Roche, Basel 1975.

- SCHULTE, W.: Wechselwirkung zwischen chronisch Schizophrenen und ihrer Umwelt. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen, hsg. v. Fr. Panse. Enke, Stuttgart 1966.
- SIIRALA, M.: Die Schizophrenie des einzelnen und der Allgemeinheit. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1961.
- STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlt, Hamburg 1972.
- TÖLLE, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin 1973.
- TROSCHKE, J. v.: Psychische Probleme und soziales Verhalten von Kurpatienten. In: Enke, H., Pohlmeier, H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation. Stuttgart 1972.

Ich danke Herrn Privatdozenten Dr. R. Baer
für die freundliche Überlassung des Themas.
Er hat mich bei der Ausführung der Arbeit
unterstützt und beraten.

Herrn Professor Dr. H. H. Wieck möchte ich
für die Ermöglichung der Durchführung die-
ser Arbeit an seiner Klinik danken.

LEBENS LAUF

Ich wurde am 17. Januar 1948 als Sohn des Landespolizeibeamten Walter Klawe und seiner Frau Hedwig, geb. Neumann, in Regensburg geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Kötzing. Meine Gymnasialzeit absolvierte ich am Mathematisch-naturwissenschaftlichem Gymnasium in Cham, wo ich im Juni 1969 mit dem Abitur abschloß. Anschließend leistete ich meinen Wehrdienst bei der Bundeswehr ab. Nach meiner Entlassung nahm ich das Studium der Diplombiologie an der Technischen Hochschule in Darmstadt auf. Im Wintersemester 1972/73 wechselte ich auf das Studienfach Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg über. Während meiner Studienzeit heiratete ich die damalige Medizinstudentin Eva Greil. Im August 1975 legte ich die Ärztliche Vorprüfung, im Oktober 1978 die Ärztliche Prüfung mit Erfolg ab. Am 31. Oktober 1978 erhielt ich die Approbation als Arzt erteilt.

Zur Zeit bin ich als Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Altdorf beschäftigt.



Copy - Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197